Enquête Promotion Santé Canada

Rapport technique

Canada

Citation suggérée :

Santé et Bien-être social Canada (1988) Rapport technique : Enquête Promotion Santé Canada. Édité par Irving Rootman, Reg Warren, Thomas Stephens et Larry Peters. Ottawa, Ministre des Approvisionnements et Services Canada.

Publication autorisée par le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, 1988

Also available in English under the title *Canada's Health Promotion Survey: Technical Report*

©Ministre des Approvisionnements et Services Canada 1988
N° de catalogue H39-119/1988F
ISBN 0-662-94746-0

Santé et Bien-être social Canada
Health and Welfare Canada

Enquête Promotion Santé Canada

Rapport technique

Canada

92-07464/

Préface

Le présent rapport décrit les principaux résultats de l'Enquête Promotion Santé Canada (EPS) réalisée en 1985 par Statistique Canada pour le compte de la Direction de la promotion de la santé du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social. Il porte le nom de « Rapport technique » étant donné qu'il s'agit du compte rendu le plus détaillé et le plus complet à être publié après la tenue de l'enquête. Néanmoins, il ne constitue pas une analyse exhaustive de la mine de renseignements fournis par l'enquête, et il est complété par divers autres rapports. Au nombre de ceux-ci figurent la série de rapports *Action Santé*, qui met surtout l'accent sur les répercussions de ces résultats sur la promotion de la santé, ainsi qu'une série de cinq rapports techniques portant sur des sujets spéciaux et des groupes particuliers de la population.

L'un des objectifs du rapport est de fournir de l'information sur la fréquence et la distribution d'une vaste gamme de pratiques d'hygiène qui influent sur les perspectives en matière de promotion de la santé et de prévention des maladies au Canada. Bon nombre de ces pratiques ont déjà été étudiées, bien que jamais de façon aussi poussée dans une seule enquête, et l'on trouvera dans ce rapport des données importantes concernant les changements survenus dans les habitudes d'hygiène au fil des ans. L'aspect nouveau de cette enquête tient à ce qu'elle recueille des données sur les attitudes, les croyances, les intentions et les connaissances concernant la santé et un mode de vie sain. Comme nous l'expliquons au premier chapitre, ces sujets sont bien organisés et présentés de façon pratique. Le deuxième objectif du rapport est donc de décrire la fréquence et la distribution de ces attitudes, croyances et intentions.

Si ces deux premiers objectifs sont atteints, le rapport devrait être un instrument utile pour la planification des programmes de promotion de la santé et de prévention de la maladie. Il faudra toutefois faire des analyses plus poussées afin d'exploiter à fond cette base de données. Par conséquent, le troisième objectif consiste à exposer les analyses qui peuvent être faites à partir de ces données en examinant certaines des relations qui existent entre les comportements, l'état de santé, les attitudes, les croyances, les intentions et les connaissances. Un grand nombre de ces analyses originales sont décrites dans le présent rapport.

Le rapport est divisé en six parties distinctes qui regroupent divers chapitres traitant de sujets connexes. Les chapitres 3 à 15 font état des résultats de l'enquête et sont organisés de la même façon. Au début de chacun de ces chapitres, le lecteur trouvera les points saillants de même qu'une brève description des méthodes utilisées pour traiter le sujet en question. Les chapitres ont été rédigés de manière à constituer un tout, néanmoins on recommande au lecteur de prendre connaissance des objectifs de l'enquête, du cadre conceptuel (chapitre 1) et des méthodes (chapitre 2) avant de passer aux résultats proprement dits. Ceux qui liront le rapport dans son entier trouveront sans doute le chapitre 16 particulièrement utile, car il renferme une synthèse de l'ensemble des résultats.

Le Rapport technique est l'aboutissement des efforts déployés par un grand nombre de personnes pendant plusieurs années. Les neuf auteurs de chapitres sont sans doute les collaborateurs les plus visibles. Ils ont reçu l'aide d'experts dont les noms figurent au début de chaque chapitre. La composition des divers comités consultatifs qui ont veillé au déroulement de l'enquête figure à l'annexe C. Il reste toutefois que les collaborateurs les plus précieux ont été les 11 181 Canadiens qui ont accepté de participer à l'enquête. Leur collaboration de même que l'intérêt qu'ils ont manifesté pour la promotion de la santé sont tout aussi encourageants que les conclusions du présent rapport.

Ceux qui voudraient faire leurs propres analyses devraient noter qu'une bande de données pour l'Enquête Promotion Santé a déjà été mise sur le marché. On peut l'obtenir au prix de 500 $ en communiquant avec Statistique Canada. On peut également obtenir des tabulations dont le coût variera selon les ressources requises pour les produire. Pour plus de renseignements écrire à :

Statistique Canada
Division des enquêtes des ménages
Immeuble Jean-Talon 5-D
Parc Tunney
Ottawa (Ontario)
K1A 0T6

TABLE DES MATIÈRES

PRÉFACE

LISTE DES TABLEAUX ix

LISTE DES FIGURES xxiii

PREMIÈRE PARTIE — INTRODUCTION 1

1. ENQUÊTE PROMOTION SANTÉ CANADA 3

Enquête Promotion Santé Canada
Historique
Objet et objectifs de l'enquête
Cadre conceptuel
  Domaine de l'enquête
Rapports avec d'autres enquêtes
  Enquête Santé Canada
  Enquête Condition physique Canada
  Enquêtes sur la santé des étudiants canadiens
  Enquête sociale générale
  Suppléments relatifs au tabac de l'Enquête sur la population active
  Enquêtes provinciales et locales
Aperçu du rapport
Bibliographie

2. LES MÉTHODES D'ENQUÊTE 11

Introduction
Population
Plan de l'enquête
  Échantillon et réponse
Méthodes d'enquête
  Collecte des données
  Traitement des données
  Analyse et diffusion des données
Bibliographie

DEUXIÈME PARTIE — TOXICOMANIES 17

3. L'USAGE DU TABAC 19

Points saillants
Introduction
La prévalence de l'usage du tabac
  Variations selon les groupes de répondants
  L'usage du tabac et les relations sociales
Normes sociales
Croyances entourant l'usage du tabac
Analyse
  Tendances dans l'usage du tabac
  Répercussions sur le plan des politiques
Bibliographie

4. LA CONSOMMATION D'ALCOOL 33

Points saillants
Introduction
Prévalence de la consommation d'alcool
  Variation selon les groupes de répondants
  Sexe et âge
  État matrimonial et taille du ménage
  Niveau d'instruction et revenu
  Activité économique
Relations sociales
  Nombre d'amis
  Amis qui boivent à l'excès
Attitudes, croyances et intentions
Analyse
  Tendances
  Interprétation
Bibliographie

5. L'USAGE DE PSYCHOTROPES 49

Points saillants
Introduction
Drogues licites
  Les somnifères
  Les tranquillisants
  Tendances de l'usage
  Répercussions sur le plan des politiques
Les stimulants
Marijuana et haschich
  L'usage de la marijuana et du haschich
  Croyances concernant la consommation occasionnelle
  Besoin d'information sur la marijuana
  Tendances de l'usage
  Répercussions sur le plan des politiques
La cocaïne
Consommation de deux ou plusieurs substances psychoactives
Importance de l'intervention du gouvernement à l'égard des médicaments et des drogues
Le mode de vie
Bibliographie

TROISIÈME PARTIE — DÉPISTAGE 67

6. LE DÉPISTAGE DE L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE 69

Points saillants
Introduction
Fréquence des contrôles
  Variations selon les groupes de répondants
Connaissances relatives à l'hypertension
Croyances, comportements et contrôles de la tension artérielle
Comportements et intentions concernant le contrôle et la régulation de l'hypertension
Conclusions et répercussions
Bibliographie

7. LES MESURES PRÉVENTIVES PROPRES AUX FEMMES 81

Points saillants
Introduction
Fréquence des tests Pap
  Variations selon les groupes de répondantes
  Analyse
Examen des seins
  Examen par un médecin ou une infirmière
  Auto-examen des seins (AES)
  Analyse
Répercussions
Bibliographie

QUATRIÈME PARTIE — SÉCURITÉ ET PRÉVENTION DES ACCIDENTS 91

8. LA SÉCURITÉ SUR LA ROUTE 93

Points saillants
Introduction
La conduite et la consommation d'alcool
  Caractéristiques de la personne qui conduit après avoir bu
  Attitudes des personnes qui prennent le volant après avoir bu
  Croyances concernant la conduite et la consommation d'alcool
  Rapport entre les croyances et le comportement
  Analyse
La prévention de la conduite avec facultés affaiblies
  Le besoin d'intervenir
  Mesures prises pour empêcher des cas de conduite avec facultés affaiblies
  Analyse
Importance de la sécurité routière
  Variations selon les groupes de répondants
  Besoins en information
  Analyse
Port de la ceinture de sécurité
  Caractéristiques des usagers
  Analyse
Utilisation de la ceinture de sécurité ou des sièges de bébé
  Variations selon les groupes de répondants
  Le rôle de la législation
  Analyse
Bibliographie

9. LA SÉCURITÉ À LA MAISON 115

Points saillants
Introduction
Importance de la prévention des accidents
  Variations selon les groupes de répondants
  Analyse
Importance de la santé des enfants
  Variations selon les groupes de répondants
  Analyse
Techniques de secourisme et dispositifs de sécurité
  Cours de premiers soins
  Réanimation cardio-respiratoire

9. LA SÉCURITÉ À LA MAISON (suite) 115

Dispositifs de sécurité
Analyse
Répercussions sur le plan des politiques et des programmes
Bibliographie

10. LA PROMOTION DE LA SÉCURITÉ ET DE LA SANTÉ AU TRAVAIL 125

Points saillants
Introduction
La prévention des accidents au travail
Variations selon les groupes de répondants
Industrie et taille de l'organisation
Analyse
Connaissance des programmes de prévention des accidents
Variations selon les groupes de répondants
Industrie et taille de l'organisation
Analyse
La promotion de la santé dans le lieu de travail
Le lieu de travail — endroit approprié pour la promotion de la santé?
Variations selon les groupes de répondants
Industrie et taille de l'organisation
Analyse
Degré de sensibilisation des répondants aux programmes de promotion de la santé au travail
Variations selon les groupes de répondants
Industrie et taille de l'organisation
Analyse
Connaissance de renseignements sur la santé dans le lieu de travail
Variations selon les groupes de répondants
Industrie et taille de l'organisation
Analyse
Valeur de l'information
Variations selon les groupes de répondants
Analyse
L'usage du tabac dans le lieu de travail
Demandes de restrictions en ce qui concerne l'usage du tabac
Existence de lieux de travail exempts de fumée de tabac
Analyse
Répercussions sur le plan des politiques et de la recherche
Bibliographie

CINQUIÈME PARTIE — ALIMENTATION ET EXERCICE 141

11. L'ALIMENTATION 143

Points saillants
Méthodes
Habitudes alimentaires au petit déjeuner
Analyse
Le poids et la santé
Rapport entre le poids et la taille
Poids désiré
Analyse

11. L'ALIMENTATION (suite) 141

Information au sujet de l'alimentation
  Analyse
Attitudes et croyances à l'égard de l'alimentation
  Modification des habitudes alimentaires
  Choix des aliments
  Importance du rôle de l'État
Analyse
Répercussions sur le plan des politiques et des programmes
Bibliographie

12. L'EXERCICE 157

Points saillants
Introduction
La fréquence de l'exercice
Exercice et santé
Connaissances et croyances concernant l'exercice
Analyse
  Fréquence de l'activité physique
  Exercice et santé
  Connaissances et croyances au sujet de l'exercice
Répercussions sur le plan de la promotion de la santé
  Cibles
  Messages et stratégies
  Raison d'être
Bibliographie

SIXIÈME PARTIE — LA SANTÉ ET LES PRATIQUES D'HYGIÈNE 171

13. L'HYGIÈNE ET L'ÉTAT DE SANTÉ 173

Points saillants
Introduction
Corrélations entre les pratiques d'hygiène
  Analyse
Pratiques d'hygiène et état de santé
  Analyse
Bibliographie

14. L'ÉTAT DE SANTÉ 183

Points saillants
Introduction
Auto-évaluation de l'état de santé
  Variations selon les groupes de répondants
  Le tabac et le poids
  Efforts en vue d'améliorer la santé
Limitation de l'activité
  Variations selon les groupes de répondants
  Limitation de l'activité et auto-évaluation de l'état de santé
Santé affective
  Variations selon les groupes de répondants
  Soutien social
  Autres mesures de l'état de santé
  Exposition au stress

14. L'ÉTAT DE SANTÉ (suite) 183

Analyse
Comparaison avec d'autres sources
Défis
Bibliographie

15. POSSIBILITÉS D'AMÉLIORATION DE LA SANTÉ 201

Points saillants
Introduction
Perspectives personnelles concernant la santé
Efforts à faire pour améliorer la santé
Besoin d'information au sujet de la santé
Intention de changer
Analyse
Santé publique
Importance de l'intervention de l'État
Lieux appropriés pour promouvoir les bonnes habitudes de santé
Analyse
Conclusion : possibilités d'amélioration de la santé
Bibliographie

16. CONCLUSIONS DE L'ENQUÊTE PROMOTION SANTÉ 217

Introduction
Groupes à risque
Groupes cibles
Définitions des pratiques d'hygiène
Profils provinciaux
Tendances dans le temps
Analyse
Questions ouvertes
Influences sur le comportement
Attitudes, croyances et intentions liées au comportement
Connaissances, croyances, attitudes et intentions des groupes cibles
Influences sociales
Questions ouvertes
Défis sur le plan des politiques et des programmes
Amélioration de la prévention
Amélioration de la base de données
Bibliographie

ANNEXES 231

A. EFFET DE LA NORMALISATION SUR LES RÉSULTATS DE L'ENQUÊTE 233

B. QUESTIONNAIRE 237

C. COMPOSITION DE L'ÉQUIPE QUI A MENÉ L'ENQUÊTE ET DU COMITÉ CONSULTATIF 249

LISTE DES TABLEAUX

CHAPITRE 2

TABLEAU A : ESTIMATIONS POUR L'ENSEMBLE DE LA POPULATION VISÉE PAR L'ENQUÊTE SUR LA POPULATION ACTIVE ET POUR LA SOUS-POPULATION QUI A LE TÉLÉPHONE AINSI QUE CELLE QUI NE L'A PAS, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1984 — 12

TABLEAU B : NOMBRE DE MÉNAGES CONTACTÉS ET TAUX DE RÉPONSE, PAR PROVINCE, ENQUÊTE PROMOTION SANTÉ, CANADA, 1985 — 14

CHAPITRE 3

TABLEAU 1 : USAGE DU TABAC SELON L'ÂGE ET LE SEXE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985 — 28

TABLEAU 2 : USAGE DU TABAC, SELON LE NIVEAU D'INSTRUCTION ET LE REVENU, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985 — 28

TABLEAU 3 : USAGE DU TABAC, PAR PROVINCE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985 — 28

TABLEAU 4 : « EST-IL INTERDIT DE FUMER DANS VOTRE LIEU DE TRAVAIL. . . », POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985 — 28

TABLEAU 5 : OPINIONS CONCERNANT L'USAGE DU TABAC, SELON LA CONSOMMATION DE TABAC, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985 — 29

TABLEAU 6 : OPINIONS CONCERNANT L'USAGE DU TABAC, SELON L'ÂGE ET LE SEXE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985 — 30

TABLEAU 7 : OPINIONS CONCERNANT L'USAGE DU TABAC, SELON LE NIVEAU D'INSTRUCTION, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985 — 31

TABLEAU 8 : OPINIONS CONCERNANT L'USAGE DU TABAC, PAR PROVINCE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985 — 31

TABLEAU 9 : « CROYEZ-VOUS QU'UNE PERSONNE QUI RENONCE AU TABAC APRÈS AVOIR ÉTÉ UN GROS FUMEUR PENDANT 10 ANS RÉDUIT LES RISQUES DE CONTRACTER UNE MALADIE LIÉE À L'USAGE DU TABAC. . . », SELON L'ÂGE ET LE SEXE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985 — 32

TABLEAU 10 : « CROYEZ-VOUS QU'UNE PERSONNE QUI RENONCE AU TABAC APRÈS AVOIR ÉTÉ UN GROS FUMEUR PENDANT 10 ANS RÉDUIT LES RISQUES DE CONTRACTER UNE MALADIE LIÉE À L'USAGE DU TABAC. . . », SELON L'USAGE DU TABAC, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985 — 32

CHAPITRE 4

TABLEAU A :	ATTITUDES ET CROYANCES CONCERNANT LA CONSOMMATION D'ALCOOL, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985	37
TABLEAU B :	GENRES DE BUVEURS, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1978-1979 ET 1985	38
TABLEAU 1 :	GENRE DE BUVEUR ET NOMBRE DE CONSOMMATIONS AU COURS DE LA SEMAINE PRÉCÉDANT L'ENQUÊTE, PAR PROVINCE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985	40
TABLEAU 2 :	NOMBRE MOYEN DE CONSOMMATIONS ET L'ÉCART DANS LE NOMBRE MOYEN DE CONSOMMATIONS ENTRE LES HOMMES ET LES FEMMES QUI SONT DES BUVEURS ACTUELS, PAR PROVINCE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985	41
TABLEAU 3 :	GENRE DE BUVEUR ET NOMBRE DE CONSOMMATIONS AU COURS DE LA SEMAINE PRÉCÉDANT L'ENQUÊTE, SELON L'ÂGE ET LE SEXE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985	42
TABLEAU 4 :	GENRE DE BUVEUR ET NOMBRE DE CONSOMMATIONS AU COURS DE LA SEMAINE PRÉCÉDANT L'ENQUÊTE, SELON L'ÉTAT MATRIMONIAL ET LE SEXE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985	43
TABLEAU 5 :	GENRE DE BUVEUR ET NOMBRE DE CONSOMMATIONS AU COURS DE LA SEMAINE PRÉCÉDANT L'ENQUÊTE, SELON LE NIVEAU D'INSTRUCTION ET LE SEXE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985	43
TABLEAU 6 :	GENRE DE BUVEUR ET NOMBRE DE CONSOMMATIONS AU COURS DE LA SEMAINE PRÉCÉDANT L'ENQUÊTE, SELON LE REVENU ET LE SEXE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985	44
TABLEAU 7 :	GENRE DE BUVEUR ET NOMBRE DE CONSOMMATIONS AU COURS DE LA SEMAINE PRÉCÉDANT L'ENQUÊTE, SELON LE SEXE ET L'ACTIVITÉ PRINCIPALE AU COURS DES 12 MOIS PRÉCÉDANT L'ENQUÊTE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985	45
TABLEAU 8 :	GENRE DE BUVEUR ET NOMBRE DE CONSOMMATIONS AU COURS DE LA SEMAINE PRÉCÉDANT L'ENQUÊTE, SELON LA CATÉGORIE D'EMPLOI ET LE SEXE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985	46
TABLEAU 9 :	GENRE DE BUVEUR ET NOMBRE DE CONSOMMATIONS AU COURS DE LA SEMAINE PRÉCÉDANT L'ENQUÊTE, SELON LE NOMBRE DE PERSONNES FRÉQUENTÉES SOCIALEMENT DE FAÇON RÉGULIÈRE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985	46
TABLEAU 10 :	GENRE DE BUVEUR ET NOMBRE DE CONSOMMATIONS AU COURS DE LA SEMAINE PRÉCÉDANT L'ENQUÊTE, SELON LE NOMBRE D'AMIS QUI « BOIVENT À L'EXCÈS », POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985	47

CHAPITRE 5

TABLEAU 1 :	POURCENTAGE DE LA POPULATION QUI A CONSOMMÉ LES PSYCHOTROPES CHOISIS AU COURS DES 12 MOIS PRÉCÉDANT L'ENQUÊTE, SELON L'ÂGE ET LE SEXE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985	58
TABLEAU 2 :	POURCENTAGE DE LA POPULATION QUI A CONSOMMÉ LES PSYCHOTROPES CHOISIS AU COURS DES 12 MOIS PRÉCÉDANT L'ENQUÊTE, SELON L'ÉTAT MATRIMONIAL ET LE SEXE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985	58
TABLEAU 3 :	POURCENTAGE DE LA POPULATION QUI A CONSOMMÉ LES PSYCHOTROPES CHOISIS AU COURS DES 12 MOIS PRÉCÉDANT L'ENQUÊTE, SELON LA LANGUE PARLÉE À LA MAISON ET LE SEXE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985	59
TABLEAU 4 :	POURCENTAGE DE LA POPULATION QUI A CONSOMMÉ LES PSYCHOTROPES CHOISIS AU COURS DES 12 MOIS PRÉCÉDANT L'ENQUÊTE, SELON LE NIVEAU D'INSTRUCTION ET LE SEXE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985	59
TABLEAU 5 :	POURCENTAGE DE LA POPULATION QUI A CONSOMMÉ LES PSYCHOTROPES CHOISIS AU COURS DES 12 MOIS PRÉCÉDANT L'ENQUÊTE, SELON LE SEXE, PAR PROVINCE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985	60
TABLEAU 6 :	POURCENTAGE DE LA POPULATION QUI A CONSOMMÉ LES PSYCHOTROPES CHOISIS AU COURS DES 12 MOIS PRÉCÉDANT L'ENQUÊTE, SELON LE SEXE ET L'ACTIVITÉ PRINCIPALE AU COURS DES 12 MOIS PRÉCÉDANT L'ENQUÊTE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985	61
TABLEAU 7 :	POURCENTAGE DE LA POPULATION QUI A CONSOMMÉ LES PSYCHOTROPES CHOISIS AU COURS DES 12 MOIS PRÉCÉDANT L'ENQUÊTE, SELON LA CATÉGORIE D'EMPLOI ET LE SEXE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985	61
TABLEAU 8 :	POURCENTAGE DE LA POPULATION QUI A CONSOMMÉ AU MOINS UN DES PSYCHOTROPES CHOISIS** AU COURS DES 12 MOIS PRÉCÉDANT L'ENQUÊTE, SELON L'ÂGE ET LE SEXE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985	62
TABLEAU 9 :	POURCENTAGE DE LA POPULATION QUI A CONSOMMÉ LES PSYCHOTROPES CHOISIS** AINSI QUE D'AUTRES PSYCHOTROPES AU COURS DES 12 MOIS PRÉCÉDANT L'ENQUÊTE, SELON LE SEXE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985	63
TABLEAU 10 :	POURCENTAGE DE LA POPULATION QUI A CONSOMMÉ AU MOINS UN DES PSYCHOTROPES CHOISIS** AU COURS DES 12 MOIS PRÉCÉDANT L'ENQUÊTE, SELON L'ÉTAT MATRIMONIAL ET LE SEXE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985	64
TABLEAU 11 :	POURCENTAGE DE LA POPULATION QUI A CONSOMMÉ AU MOINS UN DES PSYCHOTROPES CHOISIS**, AU COURS DES 12 MOIS PRÉCÉDANT L'ENQUÊTE, SELON LA LANGUE PARLÉE À LA MAISON ET LE SEXE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985	64

CHAPITRE 5 (suite)

TABLEAU 12 : POURCENTAGE DE LA POPULATION QUI A CONSOMMÉ AU MOINS UN DES PSYCHOTROPES CHOISIS** AU COURS DES 12 MOIS PRÉCÉDANT L'ENQUÊTE, SELON LE NIVEAU D'INSTRUCTION ET LE SEXE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985 — 64

TABLEAU 13 : POURCENTAGE DE LA POPULATION QUI A CONSOMMÉ AU MOINS UN DES PSYCHOTROPES CHOISIS** AU COURS DES 12 MOIS PRÉCÉDANT L'ENQUÊTE, SELON LA CATÉGORIE D'EMPLOI ET LE SEXE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985 — 64

TABLEAU 14 : POURCENTAGE DE LA POPULATION QUI A CONSOMMÉ AU MOINS UN DES PSYCHOTROPES CHOISIS** AU COURS DES 12 MOIS PRÉCÉDANT L'ENQUÊTE, SELON LE SEXE ET L'ACTIVITÉ PRINCIPALE AU COURS DES 12 MOIS PRÉCÉDANT L'ENQUÊTE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985 — 65

TABLEAU 15 : NIVEAU DÉCLARÉ DE STRESS CHEZ LES PERSONNES QUI ONT CONSOMMÉ LES PSYCHOTROPES CHOISIS** AU COURS DES 12 MOIS PRÉCÉDANT L'ENQUÊTE, SELON LE GENRE DE PSYCHOTROPE ET LE SEXE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985 — 65

CHAPITRE 6

TABLEAU A : POURCENTAGE DE LA POPULATION QUI A DÉCLARÉ AVOIR FAIT VÉRIFIER SA TENSION ARTÉRIELLE (TA) AU COURS DES SIX MOIS PRÉCÉDANT L'ENQUÊTE, SELON DES CARACTÉRISTIQUES CHOISIES, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985 — 71

TABLEAU B : POURCENTAGE DE LA POPULATION QUI CROIT QU'IL NE FAUT FAIRE VÉRIFIER SA TENSION ARTÉRIELLE QUE SI L'ON A UN PROBLÈME, SELON DES CARACTÉRISTIQUES CHOISIES, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985 — 72

TABLEAU 1 : FRÉQUENCE DÉCLARÉE DU CONTRÔLE DE LA TENSION ARTÉRIELLE, SELON L'ÂGE ET LE SEXE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985 — 75

TABLEAU 2 : FRÉQUENCE DÉCLARÉE DU CONTRÔLE DE LA TENSION ARTÉRIELLE, SELON LE REVENU, LE NIVEAU D'INSTRUCTION ET LA LANGUE, PAR PROVINCE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985 — 76

TABLEAU 3 : CROYANCES CONCERNANT L'HYPERTENSION, SELON L'ÂGE ET LE SEXE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985 — 77

TABLEAU 4 : CROYANCES CONCERNANT L'HYPERTENSION, SELON LE REVENU, LE NIVEAU D'INSTRUCTION ET LA LANGUE, PAR PROVINCE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985 — 78

TABLEAU 5 : AMÉLIORATIONS APPORTÉES À L'ÉTAT DE SANTÉ ET L'INTENTION DE MODIFIER SON COMPORTEMENT EN CE QUI CONCERNE LE CONTRÔLE DE LA TENSION ARTÉRIELLE, SELON LE SEXE, LE NIVEAU D'INSTRUCTION ET LA LANGUE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985 — 79

CHAPITRE 7

TABLEAU A :	POURCENTAGE DE FEMMES AYANT SUBI UN TEST PAP AU COURS DE L'ANNÉE AVANT L'ENQUÊTE, CANADA ET ÉTATS-UNIS, 1978-1979 ET 1985	83
TABLEAU B :	PRÉVALENCE DE L'EXAMEN DES SEINS, CANADA ET ÉTATS-UNIS, 1978-1979 ET 1985	85
TABLEAU 1 :	FRÉQUENCE DÉCLARÉE DU TEST PAP CHEZ LES FEMMES, SELON L'ÂGE, LE NIVEAU D'INSTRUCTION ET LA LANGUE, PAR PROVINCE, FEMMES DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985	87
TABLEAU 2 :	FRÉQUENCE DE L'AUTO-EXAMEN DES SEINS ET DE L'EXAMEN DES SEINS PAR UN MÉDECIN OU UNE INFIRMIÈRE, SELON L'ÂGE, LE NIVEAU D'INSTRUCTION ET LA LANGUE, PAR PROVINCE, FEMMES DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985	88
TABLEAU 3 :	CONNAISSANCE DE LA TECHNIQUE DE L'AUTO-EXAMEN DES SEINS (AES) ET RELATION ENTRE LA CONNAISSANCE ET L'APPLICATION DE LA TECHNIQUE, SELON L'ÂGE, LE NIVEAU D'INSTRUCTION ET LA LANGUE, PAR PROVINCE, FEMMES DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985	89
TABLEAU 4 :	CROYANCES CONCERNANT LA PÉRIODICITÉ IDÉALE DE L'AUTO-EXAMEN DES SEINS, SELON L'ÂGE, LE NIVEAU D'INSTRUCTION ET LA LANGUE, PAR PROVINCE, FEMMES DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985	90

CHAPITRE 8

TABLEAU A :	POURCENTAGE DE CAS DE CONDUITE APRÈS CONSOMMATION D'ALCOOL SIGNALÉS PAR DIVERS GROUPES, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985	95
TABLEAU B :	POURCENTAGE DE LA POPULATION QUI A PRIS LE VOLANT APRÈS AVOIR BU AU MOINS UNE FOIS AU COURS DU MOIS PRÉCÉDANT L'ENQUÊTE, SELON LES ATTITUDES VIS-À-VIS DE LA CONSOMMATION D'ALCOOL, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985	95
TABLEAU C :	POURCENTAGE DE LA POPULATION QUI S'EST TROUVÉ EN PRÉSENCE D'UN(E) AMI(E) OU D'UN PARENT QUI AVAIT TROP BU POUR CONDUIRE PRUDEMMENT AU COURS DES 12 MOIS PRÉCÉDANT L'ENQUÊTE, SELON DES CARACTÉRISTIQUES CHOISIES, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985	99
TABLEAU D :	MÉTHODES UTILISÉES AU COURS DES 12 MOIS PRÉCÉDANT L'ENQUÊTE POUR DISSUADER UNE PERSONNE QUI AVAIT TROP BU DE CONDUIRE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985	99
TABLEAU E :	POURCENTAGE DE LA POPULATION QUI ESTIME AVOIR BESOIN DE PLUS D'INFORMATION SUR LA SÉCURITÉ ET LA PRÉVENTION DES ACCIDENTS, PAR PROVINCE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985	101
TABLEAU 1 :	FRÉQUENCE DES CAS DE CONDUITE APRÈS CONSOMMATION D'ALCOOL AU COURS DU MOIS PRÉCÉDANT L'ENQUÊTE, SELON L'ÂGE ET LE SEXE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985	105

CHAPITRE 8 (suite)

TABLEAU 2 :	POURCENTAGE DE LA POPULATION QUI A PRIS LE VOLANT APRÈS AVOIR BU AU COURS DU MOIS PRÉCÉDANT L'ENQUÊTE, SELON LE SEXE, LE NIVEAU D'INSTRUCTION, L'ÉTAT MATRIMONIAL, LES CARACTÉRISTIQUES DÉMOGRAPHIQUES ET AUTRES, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985	106
TABLEAU 3 :	FRÉQUENCE DES CAS DE CONDUITE APRÈS CONSOMMATION D'ALCOOL AU COURS DU MOIS PRÉCÉDANT L'ENQUÊTE, PAR PROVINCE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985	107
TABLEAU 4 :	« ENVIRON COMBIEN DE VERRES POUVEZ-VOUS CONSOMMER, SUR UNE PÉRIODE DE TROIS HEURES, AVANT DE VOUS INQUIÉTER AU SUJET DE VOTRE CAPACITÉ DE CONDUIRE? », SELON L'ÂGE ET LE SEXE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985	107
TABLEAU 5 :	« ENVIRON COMBIEN DE VERRES POUVEZ-VOUS CONSOMMER, SUR UNE PÉRIODE DE TROIS HEURES, AVANT DE VOUS INQUIÉTER AU SUJET DE VOTRE CAPACITÉ DE CONDUIRE? », PAR PROVINCE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985	108
TABLEAU 6 :	« AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, VOUS EST-IL ARRIVÉ D'ÊTRE AVEC UN(E) AMI(E) OU UN PARENT QUI, SELON VOUS, AVAIT TROP BU POUR CONDUIRE PRUDEMMENT? » SI OUI, « LA DERNIÈRE FOIS QUE CELA S'EST PRODUIT, AVEZ-VOUS TENTÉ DE DISSUADER CETTE PERSONNE DE CONDUIRE? », SELON L'ÂGE ET LE SEXE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985	108
TABLEAU 7 :	« AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, VOUS EST-IL ARRIVÉ D'ÊTRE AVEC UN(E) AMI(E) OU UN PARENT QUI, SELON VOUS, AVAIT TROP BU POUR CONDUIRE PRUDEMMENT? » SI OUI, « LA DERNIÈRE FOIS QUE CELA S'EST PRODUIT, AVEZ-VOUS TENTÉ DE DISSUADER CETTE PERSONNE DE CONDUIRE? », PAR PROVINCE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985	109
TABLEAU 8 :	« QUELLE IMPORTANCE, SELON VOUS, L'ÉTAT DOIT-IL ACCORDER À LA PRÉVENTION DES ACCIDENTS DE LA ROUTE? », SELON L'ÂGE ET LE SEXE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985	109
TABLEAU 9 :	« QUELLE IMPORTANCE, SELON VOUS, L'ÉTAT DOIT-IL ACCORDER À LA PRÉVENTION DES ACCIDENTS DE LA ROUTE? », PAR PROVINCE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985	110
TABLEAU 10 :	PERSONNES QUI ESTIMENT AVOIR BESOIN DE PLUS D'INFORMATION SUR LA SÉCURITÉ ET LA PRÉVENTION DES ACCIDENTS, SELON L'ÂGE ET LE SEXE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985	110
TABLEAU 11 :	« DANS QUELLE MESURE UTILISEZ-VOUS LA CEINTURE DE SÉCURITÉ LORSQUE VOUS MONTEZ EN VOITURE? », SELON L'ÂGE ET LE SEXE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985	111
TABLEAU 12 :	POURCENTAGE DE LA POPULATION QUI PORTE TOUJOURS LA CEINTURE DE SÉCURITÉ, SELON LES CARACTÉRISTIQUES DÉMOGRAPHIQUES ET AUTRES, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985	112

CHAPITRE 8 (suite)

TABLEAU 13 : FRÉQUENCE DU PORT DE LA CEINTURE DE SÉCURITÉ, PAR PROVINCE*, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985 — 113

TABLEAU 14 : POURCENTAGE DE CONDUCTEURS QUI INSISTENT POUR QUE LES ENFANTS QUI LES ACCOMPAGNENT BOUCLENT LEUR CEINTURE DE SÉCURITÉ OU SOIENT INSTALLÉS DANS DES SIÈGES DE BÉBÉ, PAR PROVINCE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985 — 113

CHAPITRE 9

TABLEAU A : POURCENTAGE DE LA POPULATION QUI ATTACHE BEAUCOUP D'IMPORTANCE À LA SÉCURITÉ À LA MAISON ET À LA SANTÉ DES ENFANTS, SELON LES CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION, PERSONNES AGÉES DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985 — 117

TABLEAU 1 : « QUELLE IMPORTANCE L'ÉTAT DOIT-IL ACCORDER À LA PRÉVENTION DES ACCIDENTS À LA MAISON? », SELON L'ÂGE ET LE SEXE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985 — 121

TABLEAU 2 : « QUELLE IMPORTANCE L'ÉTAT DOIT-IL ACCORDER À LA PRÉVENTION DES ACCIDENTS À LA MAISON? », PAR PROVINCE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985 — 121

TABLEAU 3 : POURCENTAGE DE LA POPULATION QUI CONNAÎT LES TECHNIQUES DE SECOURISME CHOISIES, SELON L'ÂGE ET LE SEXE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985 — 122

TABLEAU 4 : POURCENTAGE DE LA POPULATION QUI CONNAÎT LES TECHNIQUES DE SECOURISME CHOISIES, PAR PROVINCE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985 — 122

TABLEAU 5 : POURCENTAGE DE LA POPULATION QUI CONNAÎT LES TECHNIQUES DE SECOURISME CHOISIES, SELON LES CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION, PERSONNES AGÉES DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985 — 122

TABLEAU 6 : POURCENTAGE DE LA POPULATION QUI POSSÈDE LES DISPOSITIFS DE SÉCURITÉ CHOISIS À LA MAISON, PAR PROVINCE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985 — 123

TABLEAU 7 : POURCENTAGE DE LA POPULATION QUI POSSÈDE UN EXTINCTEUR, UN DÉTECTEUR DE FUMÉE OU UNE TROUSSE DE PREMIERS SOINS, SELON LES CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION, PERSONNES AGÉES DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985 — 124

CHAPITRE 10

TABLEAU A : « QUELLE IMPORTANCE L'ÉTAT DOIT-IL ACCORDER À LA PRÉVENTION DES ACCIDENTS AU TRAVAIL? », SELON LES CARACTÉRISTIQUES SOCIALES ET ÉCONOMIQUES, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985 (TRAVAILLEURS SALARIÉS SEULEMENT) — 127

CHAPITRE 10 (suite)

TABLEAU B :	« QUELLE IMPORTANCE L'ÉTAT DOIT-IL ACCORDER À LA PRÉVENTION DES ACCIDENTS AU TRAVAIL? », SELON LA TAILLE DE L'ORGANISATION ET L'INDUSTRIE OU LE SECTEUR, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985 (TRAVAILLEURS SALARIÉS SEULEMENT)	127
TABLEAU C :	« SAVEZ-VOUS S'IL EXISTE DES PROGRAMMES DE SÉCURITÉ OU DE PRÉVENTION DES ACCIDENTS DANS VOTRE LIEU DE TRAVAIL? », SELON LA TAILLE DE L'ORGANISATION ET L'INDUSTRIE OU LE SECTEUR, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985 (TRAVAILLEURS SALARIÉS SEULEMENT)	129
TABLEAU D :	« PENSEZ-VOUS QUE LE LIEU DE TRAVAIL EST UN ENDROIT APPROPRIÉ POUR PROMOUVOIR LES BONNES HABITUDES DE SANTÉ? », SELON LA TAILLE DE L'ORGANISATION ET L'INDUSTRIE OU LE SECTEUR, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985 (TRAVAILLEURS SALARIÉS SEULEMENT)	131
TABLEAU E :	« SAVEZ-VOUS S'IL EXISTE DES PROGRAMMES VISANT À AMÉLIORER LA SANTÉ ET L'APTITUDE PHYSIQUE OU À FAVORISER UNE SAINE ALIMENTATION DANS VOTRE LIEU DE TRAVAIL? », SELON LA TAILLE DE L'ORGANISATION ET L'INDUSTRIE OU LE SECTEUR, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985 (TRAVAILLEURS SALARIÉS SEULEMENT)	131
TABLEAU F :	« AU COURS DE LA DERNIÈRE ANNÉE, AVEZ-VOUS VU OU REÇU DES RENSEIGNEMENTS+ SUR LES SUJETS RELATIFS À LA SANTÉ DANS VOTRE LIEU DE TRAVAIL? », SELON LA TAILLE DE L'ORGANISATION ET L'INDUSTRIE OU LE SECTEUR, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985 (TRAVAILLEURS SALARIÉS SEULEMENT)	133
TABLEAU 1 :	« QUELLE IMPORTANCE L'ÉTAT DOIT-IL ACCORDER À LA PRÉVENTION DES ACCIDENTS AU TRAVAIL? », SELON L'ÂGE ET LE SEXE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985 (TRAVAILLEURS SALARIÉS SEULEMENT)	136
TABLEAU 2 :	« SAVEZ-VOUS S'IL EXISTE DES PROGRAMMES DE PRÉVENTION DES ACCIDENTS DANS VOTRE LIEU DE TRAVAIL? », SELON L'ÂGE ET LE SEXE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985 (TRAVAILLEURS SALARIÉS SEULEMENT)	136
TABLEAU 3 :	« SAVEZ-VOUS S'IL EXISTE DES PROGRAMMES DE SÉCURITÉ OU DE PRÉVENTION DES ACCIDENTS DANS VOTRE LIEU DE TRAVAIL? », SELON LES CARACTÉRISTIQUES CHOISIES, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985 (TRAVAILLEURS SALARIÉS SEULEMENT)	137
TABLEAU 4 :	« PENSEZ-VOUS QUE LE LIEU DE TRAVAIL EST UN ENDROIT APPROPRIÉ POUR PROMOUVOIR LES BONNES HABITUDES DE SANTÉ? » ET « SAVEZ-VOUS S'IL EXISTE DES PROGRAMMES VISANT À AMÉLIORER LA SANTÉ ET L'APTITUDE PHYSIQUE OU À FAVORISER UNE SAINE ALIMENTATION DANS VOTRE LIEU DE TRAVAIL? », SELON L'ÂGE ET LE SEXE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985 (TRAVAILLEURS SALARIÉS SEULEMENT)	137

CHAPITRE 10 (suite)

TABLEAU 5 : « PENSEZ-VOUS QUE LE LIEU DE TRAVAIL EST UN ENDROIT APPROPRIÉ POUR PROMOUVOIR LES BONNES HABITUDES DE SANTÉ? » ET « SAVEZ-VOUS S'IL EXISTE DES PROGRAMMES VISANT À AMÉLIORER LA SANTÉ ET L'APTITUDE PHYSIQUE OU À FAVORISER UNE SAINE ALIMENTATION DANS VOTRE LIEU DE TRAVAIL? », PAR PROVINCE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985 (TRAVAILLEURS SALARIÉS SEULEMENT) 138

TABLEAU 6 : « PENSEZ-VOUS QUE LE LIEU DE TRAVAIL EST UN ENDROIT APPROPRIÉ POUR PROMOUVOIR LES BONNES HABITUDES DE SANTÉ? » ET « SAVEZ-VOUS S'IL EXISTE DES PROGRAMMES VISANT À AMÉLIORER LA SANTÉ ET L'APTITUDE PHYSIQUE OU À FAVORISER UNE SAINE ALIMENTATION DANS VOTRE LIEU DE TRAVAIL? », SELON LES CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION CHOISIES, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985 (TRAVAILLEURS SALARIÉS SEULEMENT) 138

TABLEAU 7 : « AU COURS DE LA DERNIÈRE ANNÉE, AVEZ-VOUS VU OU REÇU DES RENSEIGNEMENTS+ SUR LES SUJETS RELATIFS À LA SANTÉ DANS VOTRE LIEU DE TRAVAIL? » SI OUI, « L'INFORMATION FOURNIE VOUS PARAÎT-ELLE UTILE? », SELON L'ÂGE ET LE SEXE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985 (TRAVAILLEURS SALARIÉS SEULEMENT) 138

TABLEAU 8 : « AU COURS DE LA DERNIÈRE ANNÉE, AVEZ-VOUS VU OU REÇU DES RENSEIGNEMENTS SUR LES SUJETS RELATIFS À LA SANTÉ DANS VOTRE LIEU DE TRAVAIL? » SI OUI, « L'INFORMATION FOURNIE VOUS PARAÎT-ELLE UTILE? », PAR PROVINCE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985 (TRAVAILLEURS SALARIÉS SEULEMENT) 138

TABLEAU 9 : « AU COURS DE LA DERNIÈRE ANNÉE, AVEZ-VOUS VU OU REÇU DES RENSEIGNEMENTS SUR LES SUJETS RELATIFS À LA SANTÉ DANS VOTRE LIEU DE TRAVAIL? » SI OUI, « L'INFORMATION FOURNIE VOUS PARAÎT-ELLE UTILE? », SELON LES CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION, PERSONNES AGÉES DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985 (TRAVAILLEURS SALARIÉS SEULEMENT) 139

TABLEAU 10 : « EST-IL INTERDIT DE FUMER DANS VOTRE LIEU DE TRAVAIL. . . », PAR PROVINCE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985 (TRAVAILLEURS SALARIÉS SEULEMENT) 139

TABLEAU 11 : « EST-IL INTERDIT DE FUMER DANS VOTRE LIEU DE TRAVAIL. . . », SELON L'INDUSTRIE ET LA TAILLE DE L'ORGANISATION, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985 (TRAVAILLEURS SALARIÉS SEULEMENT) 140

CHAPITRE 11

TABLEAU 1 : DISTRIBUTION DE LA POPULATION SELON LA CONSOMMATION DE DIVERS ALIMENTS AU PETIT DÉJEUNER, L'ÂGE ET LE SEXE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985 152

CHAPITRE 11 (suite)

TABLEAU 2 :	DISTRIBUTION DE LA POPULATION SELON LE RAPPORT POIDS / TAILLE, L'ÂGE ET LE SEXE, POPULATION DE 20 ANS ET PLUS, CANADA, 1985	153
TABLEAU 3 :	DISTRIBUTION DE LA POPULATION QUI VEUT SOIT PRENDRE SOIT PERDRE DU POIDS, SELON L'IMPORTANCE DU CHANGEMENT, LE SEXE ET L'INDICE DE MASSE CORPORELLE+ (POIDS / TAILLE), POPULATION DE 20 ANS ET PLUS, CANADA, 1985	154
TABLEAU 4 :	ATTITUDES ET CROYANCES CONCERNANT LE RAPPORT ENTRE LES HABITUDES ALIMENTAIRES ET L'AMÉLIORATION DE LA SANTÉ, SELON L'ÂGE ET LE SEXE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985	155
TABLEAU 5 :	OPINIONS CONCERNANT LES ALIMENTS QU'IL FAUDRAIT ÉVITER OU LIMITER, SELON L'ÂGE ET LE SEXE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985	156

CHAPITRE 12

TABLEAU A :	EFFETS BÉNÉFIQUES POSSIBLES SUR LA SANTÉ À FAIRE RESSORTIR DANS LE CADRE DES EFFORTS DE PROMOTION DE L'EXERCICE	164
TABLEAU 1 :	DISTRIBUTION DE LA POPULATION SELON LA FRÉQUENCE DE L'EXERCICE, L'ÂGE, LE SEXE ET LE NIVEAU D'INSTRUCTION, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985	165
TABLEAU 2 :	DISTRIBUTION DE LA POPULATION SELON LA FRÉQUENCE DE L'EXERCICE ET LE SEXE, PAR PROVINCE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985	166
TABLEAU 3 :	DISTRIBUTION DE LA POPULATION SELON LA FRÉQUENCE DE L'EXERCICE ET LE NIVEAU D'ACTIVITÉ DES AMIS ET DU CONJOINT, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985	167
TABLEAU 4 :	POURCENTAGE DE LA POPULATION QUI S'ESTIME EN EXCELLENTE SANTÉ, SELON LA FRÉQUENCE DE L'EXERCICE, L'ÂGE ET LE SEXE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985	167
TABLEAU 5 :	POURCENTAGE DE LA POPULATION QUI SE DIT « TRÈS HEUREUX », SELON LA FRÉQUENCE DE L'EXERCICE, L'ÂGE ET LE SEXE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985	168
TABLEAU 6 :	POURCENTAGE DE LA POPULATION QUI CROIT FAIRE SUFFISAMMENT D'EXERCICE, SELON LA FRÉQUENCE DE L'EXERCICE, L'ÂGE, LE SEXE ET LE NIVEAU D'INSTRUCTION, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985	168
TABLEAU 7 :	POURCENTAGE DE LA POPULATION QUI CROIT QUE LE FAIT DE FAIRE PLUS D'EXERCICE AMÉLIORERAIT SA SANTÉ, SELON L'ÂGE ET LE SEXE, PAR PROVINCE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985	169
TABLEAU 8 :	OPINIONS CONCERNANT LES BIENFAITS DE L'AUGMENTATION DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE, SELON LA FRÉQUENCE DE L'EXERCICE ET L'ÂGE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985	170

CHAPITRE 13

TABLEAU A :	DÉFINITIONS DES BONNES ET DES MAUVAISES PRATIQUES D'HYGIÈNE	174
TABLEAU 1 :	CORRÉLATIONS AJUSTÉES SELON L'ÂGE ENTRE LES BONNES PRATIQUES D'HYGIÈNE. POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985	179
TABLEAU 2 :	CORRÉLATIONS AJUSTÉES SELON L'ÂGE ENTRE LES BONNES PRATIQUES D'HYGIÈNE ET LES INDICES MASCULINS ET FÉMININS RELATIFS AUX PRATIQUES D'HYGIÈNE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985	179
TABLEAU 3 :	DISTRIBUTION DE LA POPULATION SELON LE NOMBRE DE BONNES PRATIQUES D'HYGIÈNE, LE SEXE, L'ÂGE ET LE NIVEAU D'INSTRUCTION, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985	180
TABLEAU 4 :	ÉTAT DE SANTÉ SELON LE NOMBRE DE BONNES PRATIQUES D'HYGIÈNE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985	181

CHAPITRE 14

TABLEAU A :	DISTRIBUTION DE LA POPULATION SELON L'AUTO-ÉVALUATION DE L'ÉTAT DE SANTÉ ET LA LIMITATION DE L'ACTIVITÉ, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985	187
TABLEAU B :	DISTRIBUTION DE LA POPULATION SELON LE DEGRÉ DE BONHEUR ET L'AUTO-ÉVALUATION DE L'ÉTAT DE SANTÉ, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985	188
TABLEAU C :	DISTRIBUTION DE LA POPULATION SELON LE DEGRÉ DE BONHEUR ET LA LIMITATION DE L'ACTIVITÉ, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985	188
TABLEAU 1 :	AUTO-ÉVALUATION DE L'ÉTAT DE SANTÉ, SELON LE SEXE ET L'ÂGE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985	191
TABLEAU 2 :	AUTO-ÉVALUATION DE L'ÉTAT DE SANTÉ, SELON LE SEXE ET L'ÉTAT MATRIMONIAL, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985	192
TABLEAU 3 :	AUTO-ÉVALUATION DE L'ÉTAT DE SANTÉ, PAR PROVINCE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985	192
TABLEAU 4 :	AUTO-ÉVALUATION DE L'ÉTAT DE SANTÉ, SELON LE REVENU ET L'ÂGE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985	193
TABLEAU 5 :	AUTO-ÉVALUATION DE L'ÉTAT DE SANTÉ, SELON L'USAGE DU TABAC ET L'ÂGE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985	194
TABLEAU 6 :	AUTO-ÉVALUATION DE L'ÉTAT DE SANTÉ, SELON LE RAPPORT POIDS / TAILLE ET L'ÂGE, POPULATION DE 20 ANS ET PLUS, CANADA, 1985	194
TABLEAU 7 :	« QUELLE EST LA CHOSE LA PLUS IMPORTANTE QUE VOUS AVEZ FAITE AU COURS DE LA DERNIÈRE ANNÉE POUR AMÉLIORER VOTRE SANTÉ? », SELON L'AUTO-ÉVALUATION DE L'ÉTAT DE SANTÉ, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985	195

CHAPITRE 14 (suite)

TABLEAU 8 :	DISTRIBUTION DE LA POPULATION SELON LA LIMITATION DE L'ACTIVITÉ, LE SEXE ET L'ÂGE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985	196
TABLEAU 9 :	DISTRIBUTION DE LA POPULATION SELON LE DEGRÉ DE BONHEUR, LE SEXE, L'ÂGE ET LE REVENU, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985	197
TABLEAU 10 :	DISTRIBUTION DE LA POPULATION SELON LE DEGRÉ DE BONHEUR, L'ÉTAT MATRIMONIAL ET LE NOMBRE D'AMIS INTIMES, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985	198
TABLEAU 11 :	DISTRIBUTION DE LA POPULATION SELON LE DEGRÉ DE BONHEUR ET L'AUTO-ÉVALUATION DE L'ÉTAT DE SANTÉ ET DU NIVEAU DE STRESS, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985	199
TABLEAU 12 :	POURCENTAGE DE LA POPULATION QUI SIGNALE UNE LIMITATION DE L'ACTIVITÉ, SELON L'ÂGE ET LE SEXE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1978-1979 ET 1985	199
TABLEAU 13 :	POURCENTAGE DE LA POPULATION QUI SIGNALE LES INDICATEURS CHOISIS DE L'ÉTAT DE SANTÉ ET DE L'INCAPACITÉ, PAR PROVINCE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1978-1979, 1980-1982, 1983-1984 ET 1985	200

CHAPITRE 15

TABLEAU A :	POURCENTAGE DE LA POPULATION QUI VEUT PLUS D'INFORMATION SUR LES SUJETS RELATIFS À LA SANTÉ, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985	204
TABLEAU B :	POURCENTAGE DE LA POPULATION AYANT L'INTENTION D'APPORTER CERTAINS CHANGEMENTS POUR AMÉLIORER SA SANTÉ AU COURS DE L'ANNÉE APRÈS L'ENQUÊTE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985	205
TABLEAU C :	POURCENTAGE DE LA POPULATION AYANT L'INTENTION D'APPORTER UN CHANGEMENT POUR AMÉLIORER SA SANTÉ AU COURS DE L'ANNÉE APRÈS L'ENQUÊTE, SELON LA NÉCESSITÉ D'AMÉLIORER LA SANTÉ, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985	205
TABLEAU D :	POURCENTAGE DE LA POPULATION* QUI ESTIME QUE LE LIEU DE TRAVAIL ET L'ÉCOLE SONT DES ENDROITS APPROPRIÉS POUR PROMOUVOIR LA SANTÉ, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985	209
TABLEAU 1 :	POURCENTAGE DE LA POPULATION AYANT RECONNU LE BESOIN DE FAIRE DES EFFORTS POUR AMÉLIORER SA SANTÉ ET SA FAÇON DE MAÎTRISER LE STRESS, SELON L'ÂGE, LE SEXE ET LE NIVEAU D'INSTRUCTION, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985	212
TABLEAU 2 :	« QUELLE EST LA CHOSE LA PLUS IMPORTANTE QUE VOUS DEVRIEZ FAIRE POUR AMÉLIORER VOTRE SANTÉ PHYSIQUE? », SELON L'ÂGE, LE SEXE ET LE NIVEAU D'INSTRUCTION, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985	212

CHAPITRE 15 (suite)

TABLEAU 3 :	« QUELLE EST LA CHOSE LA PLUS IMPORTANTE QUE VOUS DEVRIEZ FAIRE POUR AMÉLIORER LA FAÇON DONT VOUS MAÎTRISEZ LE STRESS? », SELON L'ÂGE, LE SEXE ET LE NIVEAU D'INSTRUCTION, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985	213
TABLEAU 4 :	POURCENTAGE DE LA POPULATION QUI ESTIME AVOIR BESOIN DE PLUS D'INFORMATION SUR LES SUJETS RELATIFS À LA SANTÉ, SELON L'ÂGE, LE SEXE ET LE NIVEAU D'INSTRUCTION, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985	213
TABLEAU 5 :	POURCENTAGE DE LA POPULATION AYANT L'INTENTION D'APPORTER CERTAINS CHANGEMENTS POUR AMÉLIORER SA SANTÉ AU COURS DE L'ANNÉE APRÈS L'ENQUÊTE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985	214
TABLEAU 6 :	POURCENTAGE DE LA POPULATION AYANT COTÉ TRÈS IMPORTANTE L'INTERVENTION DE L'ÉTAT DANS LES DOMAINES DE SANTÉ CHOISIS, SELON L'ÂGE, LE SEXE ET LE NIVEAU D'INSTRUCTION, PAR PROVINCE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985	215

CHAPITRE 16

TABLEAU 1 :	FRÉQUENCE DE L'ENTRAIDE ET DES PRATIQUES D'HYGIÈNE, (NOMBRE TOTAL DE PERSONNES ET % DE LA POPULATION TOTALE), SELON LES CARACTÉRISTIQUES CHOISIES, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985	227
TABLEAU 2 :	COMPARAISON DES POPULATIONS PROVINCIALES, SELON LA FRÉQUENCE RELATIVE DE L'ENTRAIDE ET DES PRATIQUES D'HYGIÈNE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985	228
TABLEAU 3 :	POURCENTAGE DE LA POPULATION AYANT CERTAINES ATTITUDES, INTENTIONS ET CROYANCES CONCERNANT LA SANTÉ, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985	229

LISTE DES FIGURES

CHAPITRE 1

FIGURE A : CADRE CONCEPTUEL : ENQUÊTE PROMOTION SANTÉ 5

FIGURE B : CADRE CONCEPTUEL ET VARIABLES : ENQUÊTE PROMOTION SANTÉ 6

CHAPITRE 2

FIGURE A : TAUX DE RÉPONSE ET DE NON-RÉPONSE : ENQUÊTE PROMOTION SANTÉ, CANADA, 1985 14

CHAPITRE 3

FIGURE A : L'USAGE DU TABAC, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985 20

FIGURE B : POURCENTAGE DE LA POPULATION QUI EST INCOMMODÉ PAR LA FUMÉE RÉSIDUELLE, SELON L'ÂGE ET LE SEXE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985 22

FIGURE C : POURCENTAGE DE LA POPULATION QUI EST INCOMMODÉ PAR LA FUMÉE RÉSIDUELLE ET POURCENTAGE QUI A DEMANDÉ À QUELQU'UN DE S'ABSTENIR DE FUMER, SELON LE NIVEAU D'INSTRUCTION, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985 22

FIGURE D : POURCENTAGE DE LA POPULATION QUI EST INCOMMODÉ PAR LA FUMÉE RÉSIDUELLE ET POURCENTAGE QUI A DEMANDÉ À QUELQU'UN DE S'ABSTENIR DE FUMER, PAR PROVINCE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985 23

FIGURE E : POURCENTAGE DE LA POPULATION QUI A DEMANDÉ À QUELQU'UN DE S'ABSTENIR DE FUMER, SELON L'ÂGE ET LE SEXE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985 23

FIGURE F : POURCENTAGE DE LA POPULATION QUI A DEMANDÉ À QUELQU'UN DE S'ABSTENIR DE FUMER ET POURCENTAGE QUI S'EST FAIT ADRESSER UNE TELLE DEMANDE, SELON L'ENDROIT OÙ LA DEMANDE A ÉTÉ ADRESSÉE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985 24

CHAPITRE 4

FIGURE A : QUANTITÉ D'ALCOOL CONSOMMÉE AU COURS DE LA SEMAINE PRÉCÉDANT L'ENQUÊTE, SELON LE GENRE DE BUVEUR, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985 34

FIGURE B : FRÉQUENCE DE LA CONSOMMATION D'ALCOOL CHEZ LES BUVEURS ACTUELS, SELON LE SEXE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985 35

FIGURE C : BUVEURS ACTUELS : NOMBRE MOYEN DE CONSOMMATIONS AU COURS DE LA SEMAINE PRÉCÉDANT L'ENQUÊTE, SELON L'ÂGE ET LE SEXE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985 36

CHAPITRE 5

FIGURE A : POURCENTAGE DE LA POPULATION QUI A CONSOMMÉ LES PSYCHOTROPES CHOISIS AU COURS DES 12 MOIS PRÉCÉDANT L'ENQUÊTE. POPULATION DE 15 ANS ET PLUS. CANADA. 1985 — 51

FIGURE B : POURCENTAGE DE LA POPULATION QUI A CONSOMMÉ DES SOMNIFÈRES AU COURS DES 12 MOIS PRÉCÉDANT L'ENQUÊTE. SELON L'ÂGE ET LE SEXE. POPULATION DE 15 ANS ET PLUS. CANADA. 1985 — 51

FIGURE C : CROYANCES CONCERNANT LES EFFETS DE L'USAGE OCCASIONNEL DE LA MARIJUANA ET DU HASCHICH. POPULATION DE 15 ANS ET PLUS. CANADA. 1985 — 54

CHAPITRE 6

FIGURE A : POURCENTAGE DE LA POPULATION QUI A FAIT VÉRIFIER SA TENSION ARTÉRIELLE AU COURS DES 6 MOIS PRÉCÉDANT L'ENQUÊTE. SELON L'ÂGE ET LE SEXE. POPULATION DE 15 ANS ET PLUS. CANADA. 1985 — 73

CHAPITRE 7

FIGURE A : FRÉQUENCE DU TEST PAP ET DE L'EXAMEN DES SEINS. SELON L'ÂGE. FEMMES DE 15 ANS ET PLUS. CANADA. 1985 — 83

CHAPITRE 8

FIGURE A : LA CONDUITE ET LA CONSOMMATION D'ALCOOL : DISTRIBUTION DE LA POPULATION SELON LE COMPORTEMENT AU COURS DU MOIS PRÉCÉDANT L'ENQUÊTE. POPULATION DE 15 ANS ET PLUS. CANADA. 1985 — 94

FIGURE B : « ENVIRON COMBIEN DE VERRES POUVEZ-VOUS CONSOMMER, SUR UNE PÉRIODE DE TROIS HEURES, AVANT DE VOUS INQUIÉTER AU SUJET DE VOTRE CAPACITÉ DE CONDUIRE? », POURCENTAGE DE LA POPULATION SELON DES GROUPES D'ÂGE CHOISIS ET LE SEXE. POPULATION DE 15 ANS ET PLUS. CANADA. 1985 — 96

FIGURE C : POURCENTAGE DE LA POPULATION QUI, AU COURS DU MOIS PRÉCÉDANT L'ENQUÊTE, A CONDUIT MOINS DE 2 HEURES APRÈS AVOIR CONSOMMÉ DE L'ALCOOL, SELON LES CROYANCES CONCERNANT LA CONDUITE APRÈS LA CONSOMMATION D'ALCOOL. POPULATION DE 15 ANS ET PLUS. CANADA. 1985 — 97

FIGURE D : « AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, VOUS EST-IL ARRIVÉ D'ÊTRE AVEC UN(E) AMI(E) OU UN PARENT QUI, SELON VOUS, AVAIT TROP BU POUR CONDUIRE PRUDEMMENT? » SI OUI, « LA DERNIÈRE FOIS QUE CELA S'EST PRODUIT, AVEZ-VOUS TENTÉ DE DISSUADER CETTE PERSONNE DE CONDUIRE? », POPULATION DE 15 ANS ET PLUS. CANADA. 1985 — 99

FIGURE E : « QUELLE IMPORTANCE L'ÉTAT DOIT-IL ACCORDER À LA PRÉVENTION DES ACCIDENTS DE LA ROUTE? », POPULATION DE 15 ANS ET PLUS. CANADA. 1985 — 100

CHAPITRE 8 (suite)

FIGURE F : POURCENTAGE DE LA POPULATION QUI PORTE LA CEINTURE DE SÉCURITÉ « TOUJOURS » OU « PRESQUE TOUJOURS », CANADA, 1978-1979 ET 1985 ET ÉTATS-UNIS, 1985 — 102

FIGURE G : POURCENTAGE DE LA POPULATION QUI PORTE LA CEINTURE DE SÉCURITÉ « TOUJOURS » OU « PRESQUE TOUJOURS » SELON LA LÉGISLATION À L'ÉGARD DU PORT DE LA CEINTURE DE SÉCURITÉ, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA 1978-1979 ET 1985 — 103

FIGURE H : « LORSQUE VOUS CONDUISEZ UNE VOITURE, INSISTEZ-VOUS POUR QUE LES ENFANTS QUI VOUS ACCOMPAGNENT BOUCLENT LEUR CEINTURE DE SÉCURITÉ OU SOIENT INSTALLÉS DANS DES SIÈGES DE BÉBÉ? », POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985* — 103

FIGURE I : POURCENTAGE DE LA POPULATION QUI INSISTE TOUJOURS POUR QUE LES ENFANTS QUI L'ACCOMPAGNENT BOUCLENT LEUR CEINTURE DE SÉCURITÉ OU SOIENT INSTALLÉS DANS DES SIÈGES DE BÉBÉ, SELON LA LÉGISLATION À L'ÉGARD DU PORT DE LA CEINTURE DE SÉCURITÉ, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985 — 104

CHAPITRE 9

FIGURE A : « QUELLE IMPORTANCE L'ÉTAT DOIT-IL ACCORDER À LA PRÉVENTION DES ACCIDENTS À LA MAISON? », POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985 — 116

FIGURE B : « QUELLE IMPORTANCE L'ÉTAT DOIT-IL ACCORDER À LA SANTÉ DES ENFANTS? », POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985 — 118

CHAPITRE 10

FIGURE A : « QUELLE IMPORTANCE L'ÉTAT DOIT-IL ACCORDER À LA PRÉVENTION DES ACCIDENTS AU TRAVAIL? », POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985* — 126

FIGURE B : « SAVEZ-VOUS S'IL EXISTE DES PROGRAMMES DE SÉCURITÉ OU DE PRÉVENTION DES ACCIDENTS DANS VOTRE LIEU DE TRAVAIL? », POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985 — 128

FIGURE C : « PENSEZ-VOUS QUE LE LIEU DE TRAVAIL EST UN ENDROIT APPROPRIÉ POUR PROMOUVOIR LES BONNES HABITUDES DE SANTÉ? », POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985 — 130

CHAPITRE 11

FIGURE A : FRÉQUENCE DE LA CONSOMMATION D'ALIMENTS DE DIVERS GROUPES AU PETIT DÉJEUNER, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985 — 145

FIGURE B : POURCENTAGE DE LA POPULATION DANS CHAQUE CATÉGORIE DE POIDS PAR RAPPORT À LA TAILLE (BASÉ SUR L'INDICE DE MASSE CORPORELLE), SELON L'ÂGE ET LE SEXE, POPULATION DE 20 ANS ET PLUS, CANADA, 1985 — 147

CHAPITRE 11 (suite)

FIGURE C : OPINIONS AU SUJET DES ALIMENTS À ÉVITER OU DONT IL FAUDRAIT LIMITER LA CONSOMMATION POUR PROTÉGER LA SANTÉ*, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985 — 148

FIGURE D : OPINIONS AU SUJET DES ALIMENTS QU'IL FAUDRAIT MANGER PLUS SOUVENT POUR PROTÉGER LA SANTÉ*, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985 — 149

FIGURE E : « QUELLE IMPORTANCE L'ÉTAT DOIT-IL ACCORDER À L'ALIMENTATION? », SELON LE SEXE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985 — 149

CHAPITRE 12

FIGURE A : POURCENTAGE DE LA POPULATION QUI EST INACTIF (FAIT DE L'EXERCICE MOINS DE TROIS FOIS PAR SEMAINE), SELON L'ÂGE ET LE SEXE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985 — 158

FIGURE B : POURCENTAGE DE LA POPULATION QUI EST INACTIF (FAIT DE L'EXERCICE MOINS DE TROIS FOIS PAR SEMAINE), SELON LE NIVEAU D'INSTRUCTION, PAR PROVINCE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985 — 159

FIGURE C : POURCENTAGE DE LA POPULATION QUI SE DIT TRÈS HEUREUX ET POURCENTAGE QUI SE DIT EN EXCELLENTE SANTÉ, SELON LA FRÉQUENCE DE L'EXERCICE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985 — 160

CHAPITRE 13

FIGURE A : DISTRIBUTION DE LA POPULATION SELON LE NOMBRE DE BONNES PRATIQUES D'HYGIÈNE ET LE SEXE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985 — 175

FIGURE B : POURCENTAGE DE LA POPULATION QUI A EN GRANDE PARTIE DE BONNES* PRATIQUES D'HYGIÈNE, SELON L'ÂGE, LE SEXE ET LE NIVEAU D'INSTRUCTION, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985 — 176

FIGURE C : ÉTAT DE SANTÉ, SELON LE NOMBRE DE BONNES PRATIQUES D'HYGIÈNE ET LE SEXE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985 — 177

CHAPITRE 14

FIGURE A : POURCENTAGE DE LA POPULATION SIGNALANT LES INDICATEURS CHOISIS DE L'ÉTAT DE SANTÉ, SELON L'ÂGE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985 — 185

CHAPITRE 15

FIGURE A : POURCENTAGE DE LA POPULATION QUI CROIT DEVOIR FAIRE DES EFFORTS POUR AMÉLIORER SA SANTÉ PHYSIQUE ET MENTALE, SELON L'ÂGE, LE SEXE ET LE NIVEAU D'INSTRUCTION, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985 — 203

CHAPITRE 15 (suite)

FIGURE B : « QUELLE EST LA CHOSE LA PLUS IMPORTANTE QUE VOUS DEVRIEZ FAIRE POUR AMÉLIORER VOTRE SANTÉ PHYSIQUE? », POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985 — 203

FIGURE C : « QUELLE EST LA CHOSE LA PLUS IMPORTANTE QUE VOUS DEVRIEZ FAIRE POUR AMÉLIORER VOTRE FAÇON DE MAÎTRISER LE STRESS? », POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985 — 203

FIGURE D : POURCENTAGE DE LA POPULATION QUI PENSE AVOIR BESOIN DE PLUS D'INFORMATION SUR AU MOINS UN SUJET RELATIF À LA SANTÉ, SELON L'ÂGE, LE SEXE ET LE NIVEAU D'INSTRUCTION, PAR PROVINCE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985 — 204

FIGURE E : POURCENTAGE DE LA POPULATION QUI A L'INTENTION DE FAIRE DES EFFORTS POUR AMÉLIORER SA SANTÉ AU COURS DE L'ANNÉE SUIVANT L'ENQUÊTE, SELON L'ÂGE, LE SEXE ET LE NIVEAU D'INSTRUCTION, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985 — 205

FIGURE F : POURCENTAGE DE LA POPULATION QUI CROIT QUE L'ÉTAT DEVRAIT ACCORDER BEAUCOUP D'IMPORTANCE AUX SUJETS CHOISIS RELATIFS À LA SANTÉ, SELON LE SEXE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985 — 207

FIGURE G : POURCENTAGE DE LA POPULATION QUI CROIT QUE L'ÉTAT DEVRAIT ACCORDER BEAUCOUP D'IMPORTANCE À AU MOINS UN SUJET RELATIF À LA SANTÉ, SELON DES CARACTÉRISTIQUES CHOISIES, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985 — 208

FIGURE H : POURCENTAGE DE TRAVAILLEURS SALARIÉS DANS DES INDUSTRIES / SECTEURS CHOISIS QUI CROIT QUE LE LIEU DE TRAVAIL EST UN ENDROIT APPROPRIÉ POUR PROMOUVOIR LES BONNES HABITUDES DE SANTÉ, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985 — 209

CHAPITRE 16

FIGURE A : FRÉQUENCE DE CERTAINES PRATIQUES D'HYGIÈNE ET AMÉLIORATION DE LA PRÉVENTION, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1978-1979 ET 1985 — 220

Partie

Cette partie contient deux chapitres qui traitent du cadre conceptuel de l'Enquête Promotion Santé Canada. Ces deux chapitres fournissent des données de base qui permettront au lecteur de mieux comprendre et interpréter le présent rapport.

Au chapitre 1, Irving Rootman fait l'historique de la préparation de l'Enquête ainsi que de ses buts, ses objectifs et son cadre conceptuel.

Au chapitre 2, Gary Catlin décrit les méthodes qu'on a utilisées dans l'Enquête. Il traite, entre autres, de la conception et des procédures de l'Enquête ainsi que des questions relatives aux non-réponses et à l'analyse des données.

1

Enquête Promotion Santé Canada

Irving Rootman
Direction de la promotion de la santé
Santé et Bien-être social Canada

Enquête Promotion Santé Canada

Quels efforts font les Canadiens en vue d'améliorer leur santé? Mangent-ils convenablement, font-ils de l'exercice, ont-ils de bonnes habitudes en matière de sécurité et de prévention, évitent-ils le tabac, les drogues et l'alcool? Quel genre d'attitudes ont-ils à l'égard de la santé et quelle est l'étendue de leurs connaissances dans ce domaine? Existe-t-il en outre des liens entre leurs diverses pratiques sanitaires et entre ces pratiques et leurs attitudes et connaissances?

L'Enquête Promotion Santé vise à répondre à ces questions. Ce faisant, elle fournira à la population et aux personnes qui travaillent dans le domaine de la santé quantité de renseignements nouveaux. Ces données serviront à planifier et à évaluer les programmes et à informer les professionnels de la santé ainsi que la population de manière à permettre aux Canadiens d'être mieux en mesure de préserver ou d'améliorer leur santé.

L'enquête a été effectuée pour la première fois en juin 1985 auprès de 11 000 adultes canadiens qui ont répondu à des questions ayant trait à la promotion de la santé. Ils l'ont fait avec beaucoup d'enthousiasme et de franchise, ce qui nous a permis de brosser un tableau précis et détaillé de leurs connaissances, de leurs attitudes et habitudes en matière de santé. Cette enquête sera reprise dans l'avenir auprès d'un nouveau groupe de Canadiens.

Historique

La Direction de la promotion de la santé a commencé à préparer cette enquête au début de 1982 après avoir reçu le mandat de mettre en oeuvre un programme national visant à promouvoir la santé des Canadiens.

Les responsables du programme ont décidé de se pencher sur un certain nombre de questions importantes en promotion de la santé, à savoir : la nutrition, l'usage du tabac, la consommation d'alcool et de drogues, la sécurité et la santé mentale. Un certain nombre de groupes cibles ont également été reconnus comme prioritaires, notamment les enfants et les jeunes, les femmes, les personnes âgées, les personnes handicapées et les malades chroniques, les Indiens et Métis non inscrits ainsi que les pauvres. Enfin, on a établi quatre stratégies dont les modalités d'application varieront selon le sujet ou le groupe cible étudié. Ce sont les suivantes :

- renseigner la population et l'aider à faire face à certaines questions liées au mode de vie,
- promouvoir un climat social qui favorise l'adoption de comportements sains,
- encourager l'initiative personnelle et la participation des citoyens à la promotion de la santé,
- encourager l'adoption de politiques et de programmes en matière de santé, d'éducation, de bien-être et concernant d'autres domaines qui mettent l'accent sur la promotion de la santé.

On a laissé entendre à l'époque qu'une enquête nationale permettrait de recueillir certains renseignements indispensables à l'élaboration et l'évaluation du programme; c'est la raison pour laquelle on a convenu d'effectuer une telle enquête.

Après une longue période de consultation auprès du personnel de la Direction, des gouvernements provinciaux et des chercheurs, on a défini les buts et objectifs de l'enquête et déterminé les renseignements à recueillir. Parallèlement, après avoir élaboré et mis à l'essai diverses méthodes, on a finalement adopté la méthode décrite en détail au chapitre 2.

Objet et objectifs de l'enquête

L'Enquête Promotion Santé vise surtout à recueillir des données qui serviront à la planification et à la mise en oeuvre du programme de la Direction de la promotion de la santé.

Elle a en outre pour objet :

- de recueillir des renseignements qui permettront d'évaluer le programme de la Direction de la promotion de la santé,
- de transmettre les renseignements recueillis à la population canadienne,
- d'obtenir des renseignements qui serviront à la planification et à l'évaluation d'autres programmes de promotion de la santé au Canada.

L'enquête devrait permettre d'atteindre les objectifs de programme suivants :

- aider à l'élaboration de mesures plus efficaces de promotion de la santé des Canadiens,
- communiquer les renseignements recueillis lors de l'enquête aux chercheurs, aux travailleurs dans le domaine de la promotion de la santé et à la population canadienne,
- servir de point de comparaison pour l'évaluation d'initiatives futures dans le domaine de la promotion de la santé au Canada,
- fournir des normes sur lesquelles on pourra se fonder pour comparer les estimations des connaissances, attitudes et pratiques en matière de santé à l'échelle locale avec les estimations provinciales et nationales.

En dépit du fait que l'enquête sera répétée et qu'une telle répétition est nécessaire pour qu'on puisse atteindre certains des objectifs, surtout en ce qui concerne l'évaluation, il fallait néanmoins préciser les objectifs de la première phase de l'enquête, effectuée en 1985, qui consistaient à déterminer :

- les connaissances, les croyances, les attitudes, les intentions et les pratiques sanitaires des adultes canadiens ainsi que leur état de santé,
- les différences sur le plan des connaissances, des croyances, des attitudes, des intentions, des pratiques sanitaires ainsi que l'état de santé entre les divers groupes,
- les corrélations qui existent entre les connaissances, les croyances, les attitudes, les intentions, les pratiques sanitaires et l'état de santé,
- les relations entre les connaissances, les croyances, les attitudes, les intentions, les pratiques sanitaires et l'état de santé,
- les corrélations qui existent entre les différentes pratiques sanitaires.

La réalisation de chacun de ces objectifs devrait permettre d'élaborer des programmes de promotion de la santé plus efficaces. Par exemple, il est essentiel de recueillir des renseignements sur la fréquence de certaines caractéristiques liées à la santé afin de déterminer les questions qui doivent être abordées en priorité. Les renseignements sur la répartition de ces caractéristiques permettront de cerner les groupes cibles auxquels doivent s'adresser les programmes de promotion de la santé. Une fois que les corrélations et les rapports auront été établis, on pourra élaborer des stratégies originales et plus efficaces. On s'attend donc à ce que la réalisation de ces objectifs de recherche ait une incidence importante sur les activités de promotion de la santé au Canada.

Cadre conceptuel

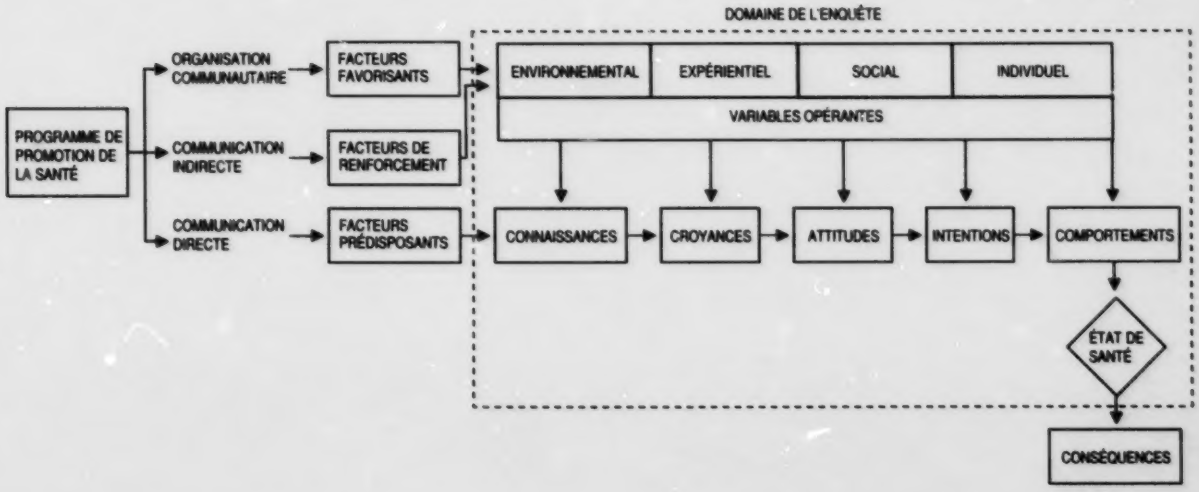
La figure A illustre le cadre conceptuel de l'Enquête Promotion Santé Canada. Celui-ci s'inspire d'un certain nombre de cadres conceptuels existants, notamment le *Precede Model*[1], l'*Information Processing Model*[2], le *Health Belief Model*[3], le *Problem Behavior Model*[4], le modèle de l'Enquête Santé Canada[5] et le modèle de l'Enquête Condition physique Canada[6]. Bien qu'il emprunte des éléments à chacun de ces modèles, il ne ressemble à aucun d'entre eux et a été spécialement conçu pour l'Enquête Promotion Santé Canada. Il devrait surtout permettre d'établir des liens entre l'enquête et le Programme de promotion de la santé, de circonscrire le domaine de l'enquête et d'organiser l'information recueillie.

Le Programme de promotion de la santé constitue le point de départ d'une longue suite logique. Ses effets se font sentir de trois manières : par l'organisation communautaire, la communication directe et la communication indirecte.

La stratégie de la Direction qui est axée sur l'initiative personnelle et la participation des citoyens fait appel à « l'organisation communautaire ». Celle-ci influe sur les « facteurs favorisants », tels que les ressources, les habiletés, les options et les programmes.

La « communication indirecte » fait partie de la stratégie de la Direction visant à créer un climat social propice et à encourager l'adoption de politiques adéquates. La communication indirecte exerce une action

FIGURE A : **CADRE CONCEPTUEL : ENQUÊTE PROMOTION SANTÉ**



sur les « facteurs de renforcement », tels que les politiques gouvernementales et les attitudes et comportements des autres.

La « communication directe » est liée à la stratégie de la Direction visant à informer et à préparer la population. Elle agit sur les « facteurs prédisposants », tels que l'exposition, la sensibilisation, les connaissances, les croyances, les attitudes et les intentions. Les « facteurs prédisposants » sont censés pour leur part influer sur le comportement. Les facteurs « favorisants » et « de renforcement » agissent indirectement par le biais de variables environnementales et expérientielles qui, de concert avec des variables sociales et individuelles, s'influencent réciproquement pour modifier les connaissances, les croyances, les attitudes, les intentions et les comportements. Enfin, on suppose que les comportements exercent un effet sur l'état de santé qui, à son tour, influe sur les conséquences.

Domaine de l'enquête

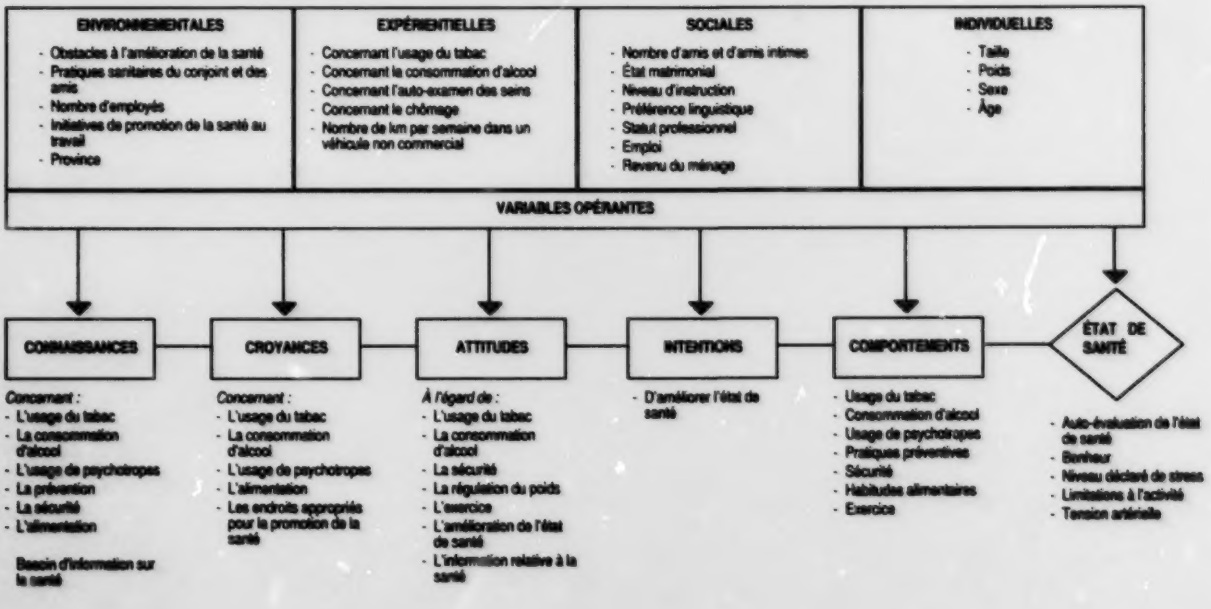
Une seule enquête ne permet pas de mesurer tous les types de variables indiquées dans le cadre conceptuel. Les variables qui relèvent du domaine de l'Enquête Promotion Santé sont entourées d'une ligne pointillée (figure A). Comme on peut voir à la figure B, ces catégories s'organisent en une structure logique qui intègre les variables particulières mesurées lors de l'enquête.

L'Enquête Promotion Santé fournit ainsi une description à jour de divers aspects de l'état de santé des Canadiens, notamment de la perception subjective de la santé, du bonheur et des restrictions de l'activité. Elle permet de décrire les comportements des Canadiens dans des domaines comme l'exercice et l'usage du tabac ainsi que la relation qui existe entre ces comportements et l'état de santé. Enfin et surtout, elle permet de recueillir des données sur les connaissances, les attitudes, les croyances et les intentions des Canadiens dans chacun de ces domaines.

Rapports avec d'autres enquêtes

Au cours des dernières années, un certain nombre d'enquêtes ont été effectuées au Canada en rapport avec certaines des questions examinées lors de l'Enquête Promotion Santé, notamment : l'Enquête Santé Canada, l'Enquête sociale générale, l'Enquête Condition physique Canada, les suppléments relatifs au tabac de l'Enquête sur la population active, les enquêtes sur la santé des étudiants canadiens et diverses enquêtes provinciales et locales. Comme on le verra plus loin, l'Enquête Promotion Santé entretient délibérément et systématiquement des liens avec toutes ces enquêtes, mais aborde plusieurs questions importantes qui n'avaient pas été examinées jusqu'alors. Elle

FIGURE B : **CADRE CONCEPTUEL ET VARIABLES : ENQUÊTE PROMOTION SANTÉ**



s'appuie donc sur une base de données qui existe déjà et l'étend à de nouveaux sujets. De plus, du fait que la formulation des questions est de plus en plus uniforme, il est possible d'effectuer des comparaisons avec d'autres enquêtes telles que l'Enquête sur la santé et l'incapacité au Canada[7], décrite au chapitre 14, ou le *U.S. National Health Interview Supplement on Health Promotion and Disease Prevention*[8,9], décrit aux chapitres 7 et 8.

Enquête Santé Canada

En 1978-1979, dans le cadre de l'Enquête Santé Canada[5], on a recueilli des données détaillées sur l'état de santé et les pratiques sanitaires des Canadiens à l'aide de diverses méthodes, dont un questionnaire à remplir par les répondants. Des renseignements similaires recueillis lors de l'Enquête Promotion Santé donnent une idée des changements qui se sont produits dans l'état de santé (chapitre 14) et les pratiques sanitaires (voir chapitres 6, 7) des Canadiens au cours des six dernières années. L'Enquête Santé Canada n'a fourni cependant aucune information sur les connaissances, les croyances, les attitudes ou les intentions dans le domaine de la santé, aspects qui sont tous essentiels à l'élaboration de programmes (voir chapitre 15). En ce sens, l'Enquête Promotion Santé constitue un volet important qui complète et élargit la base de données recueillies lors de l'Enquête Santé Canada.

Enquête Condition physique Canada

L'Enquête Condition physique Canada[6] a été effectuée en 1981 et contenait des questions sur certaines des pratiques sanitaires étudiées dans l'Enquête Promotion Santé. Encore une fois, on pourra comparer les changements survenus avec le temps dans les comportements des Canadiens dans certains domaines communs (à savoir l'exercice et l'usage du tabac et de l'alcool) puisque les questions ont délibérément été formulées de la même manière (voir chapitre 12). L'Enquête Condition physique Canada n'a pas permis cependant de recueillir des données sur les connaissances et les intentions dans le domaine de la santé; elle mettait surtout l'accent sur la condition physique plutôt que l'état de santé général.

Enquêtes sur la santé des étudiants canadiens

En 1982, le Groupe d'évaluation des programmes sociaux de l'Université Queen's a effectué une enquête sur les connaissances en matière de santé auprès d'un échantillon national d'écoliers canadiens des 4e, 7e et 10e années[10]. En 1984, ce même groupe a mené une enquête similaire sur les attitudes et les comportements en matière de santé[11]. Les questionnaires remplis en classe par les participants permettent de parachever le profil tracé dans l'Enquête Promotion Santé, vu qu'ils s'adressaient aux jeunes, alors que l'Enquête Promotion Santé portait sur les Canadiens âgés de 15 ans et plus. Ces trois enquêtes fournissent une base nationale de données complète en promotion de la santé.

Enquête sociale générale

En septembre 1985, Statistique Canada a effectué la première Enquête sociale générale[12]. Cette dernière portait principalement sur la santé, en particulier l'état de santé, certains comportements et le soutien social. De nombreuses questions utilisées dans cette enquête étaient tirées de l'Enquête Santé Canada et de l'Enquête Promotion Santé. Il sera donc possible d'effectuer certaines comparaisons entre l'Enquête sociale générale et l'Enquête Promotion Santé. En outre, le plan d'enquête utilisé dans le premier cas nous permettra peut-être d'étudier les variations saisonnières dans les comportements. À l'instar de l'Enquête Santé Canada, l'Enquête sociale générale faisait abstraction des connaissances, des attitudes, des intentions et des croyances en matière de santé, et par conséquent, elle fournissait moins de données propres à « expliquer » l'état de santé que l'Enquête Promotion Santé.

Suppléments relatifs au tabac de l'Enquête sur la population active

Depuis 1964, Santé et Bien-être social Canada effectue régulièrement des enquêtes sur les habitudes de consommation de tabac des Canadiens par le biais d'un supplément à l'Enquête sur la population active[13]. Ces enquêtes, menées auprès de répondants ou de personnes qui parlent en leur nom, fournissent des données sur l'évolution d'un des comportements examinés lors de l'Enquête Promotion Santé. Encore une fois, il sera peut-être possible de faire des comparaisons puisque les questions sont formulées délibérément de la même façon. L'Enquête Promotion Santé comporte cependant certains avantages : les réponses sont fournies directement et non par un tiers et elles renferment des données sur des variables corrélatives, telles que les connaissances (chapitre 3).

Enquêtes provinciales et locales

Au cours des dernières années, une multitude d'enquêtes sur divers aspects de la promotion de la santé ont été effectuées, au Canada, tant à l'échelle locale que provinciale. On peut citer notamment les enquêtes réalisées par les services de santé des villes de Toronto et d'Ottawa[14,15,16], qui s'inspirent largement de l'Enquête Santé Canada, de même que des enquêtes sur les adultes en Ontario[17]. Certaines des questions de ces enquêtes ressemblent à celles de l'Enquête Promotion Santé, ce qui devrait permettre d'établir des comparaisons. De plus, le Laboratoire de lutte contre la maladie, du gouvernement fédéral, a élaboré un questionnaire intitulé *Sondage sur les facteurs de risque* qui est actuellement mis à l'essai par plusieurs ministères de la Santé au Canada et qui pourra dans l'avenir être utilisé par tous. Ces enquêtes de même que l'Enquête Promotion Santé fournissent des normes de plus en plus complètes en matière de promotion de la santé aux échelles fédérale, régionale et locale. Le premier exemple d'une telle initiative est le supplément sur les résidents d'Edmonton de l'Enquête Promotion Santé.

Commandité par le Service de santé d'Edmonton, ce supplément a permis d'interroger un échantillon représentatif de la population locale. Ces données[18] peuvent être comparées aux données recueillies à l'échelle de la province ou du pays.

Aperçu du rapport

Ce document fait partie d'une série de rapports visant à communiquer les données les plus importantes de l'Enquête Promotion Santé. En raison de l'abondance d'informations recueillies lors de l'enquête, il est évident qu'aucun document ne pourrait à lui seul épuiser toutes les avenues d'étude ni approfondir tous les sujets. Ce rapport technique vise en premier lieu à décrire la fréquence et la répartition des pratiques, des attitudes, des croyances et des intentions dans le domaine de la santé et, en second lieu, à amorcer l'examen des relations entre les différentes pratiques sanitaires, entre ces pratiques et l'état de santé, et entre les pratiques et les attitudes.

On trouvera dans les chapitres 3 à 12 une description de la fréquence des principales pratiques sanitaires de même que leur répartition dans la population. L'âge, le sexe, la province de résidence et le niveau de scolarité et de revenu sont les variables qu'on utilise habituellement pour examiner les variations dans les pratiques sanitaires.

Le chapitre 13 expose de façon très détaillée les relations qui existent entre les différentes pratiques sanitaires. En ce qui concerne les relations entre des sous-ensembles de comportements, elles sont décrites dans de nombreux autres chapitres; par exemple, le chapitre 5 fait état des relations entre l'usage de drogues, d'alcool et de tabac, alors que les rapports entre la conduite sous l'influence de l'alcool, le port de la ceinture de sécurité et la consommation de marijuana sont étudiés au chapitre 8.

Le chapitre 13 traite dans le détail des relations entre les pratiques sanitaires et l'état de santé, mais ce sujet est également abordé ailleurs, notamment au chapitre 12 en rapport avec l'exercice ainsi qu'au chapitre 14 où l'on discute de l'usage du tabac, de l'embonpoint et de leurs effets sur la santé.

Les différences dans les attitudes ou les croyances des personnes qui ont ou non une telle pratique sanitaire revêtent une grande importance en ce qui concerne la promotion de la santé. On relève notamment des différences entre les fumeurs et les non-fumeurs (chapitre 3), ainsi qu'entre les personnes qui font régulièrement de l'exercice et celles qui n'en font pas régulièrement (chapitre 12). Le chapitre 7 porte quant à lui sur les connaissances des répondants en ce qui a trait à l'auto-examen des seins.

Le modèle conceptuel tient aussi compte du rôle de l'environnement social. Ce rôle est illustré par l'étroite relation qui existe entre le comportement des amis et la consommation d'alcool (chapitre 4) ou les habitudes d'exercice des répondants (chapitre 12). On observe également une relation entre le nombre d'amis et la qualité des amitiés, d'une part et l'usage de drogues (chapitre 5) et le bonheur (chapitre 14), d'autre part.

Le présent rapport tente de décrire de la façon la plus complète possible la fréquence et la répartition des pratiques sanitaires, mais il ne prétend pas épuiser toutes les avenues d'étude; il veut simplement montrer ce qu'on peut tirer de la base de données. La Direction de la promotion de la santé publiera d'autres rapports sur l'enquête; il convient de noter cependant qu'une bande de données a déjà été mise sur le marché. On peut l'obtenir en communiquant avec Statistique Canada. Seul un effort généralisé et concerté de la part de chercheurs qui analyseront ces données sous différents angles permettra de tirer le maximum de cette source d'information. Les neuf auteurs qui ont signé un chapitre offrent un exemple de diverses perspectives d'étude possibles; ils ont d'ailleurs reçu plus ou moins carte blanche en ce qui concerne l'analyse des données de l'Enquête Promotion Santé signalées dans les chapitres qui suivent.

Bibliographie

1. **L.W. Green**. *Health Education Planning: A Diagnostic Approach*. Baltimore, Mayfield Publishing Company, 1980.

2. **B.R. Flay** *et al.* « Mass Media in Health Promotion: An Analysis Using an Extended Information Processing Model ». *Health Education Quarterly*, vol. 7, no 2 (1980), p. 127-147.

3. **I.M. Rosenstock**. « Historical Origins of the Health Belief Model ». *Health Education Monographs*, vol. 2, no 4 (1974), p. 328-335.

4. **R. Jessor** *et al. Adolescent Drinking Behavior*. Boulder, Institute of Behavioral Science, 1980.

5. **Santé et Bien-être social Canada et Statistique Canada**. *La santé des canadiens : rapport de l'Enquête Santé Canada*. Ottawa, Ministre des Approvisionnements et Services Canada (no de catalogue 82-538), 1981.

6. **T. Stephens**. *Condition physique et mode de vie au Canada*. Ottawa, Enquête Condition physique Canada, 1983.

7. **Statistique Canada et Secrétariat d'État du Canada**. *Rapport de l'Enquête sur la santé et l'incapacité au Canada*. Ottawa, Ministre des Approvisionnements et Services Canada (no de catalogue 82-555), 1986.

8. **T. Stephens et C. Schoenborn**. « Adult Health Practices in the United States and Canada ». *Vital and Health Statistics*, sér. 5. Hyattsville (Maryland), National Center for Health Statistics (sous presse).

9. **O.T. Thornberry** *et al.* « Health Promotion Data for the 1990 Objectives. Estimates from the National Health Interview Survey of Health Promotion and Disease Prevention: United States, 1985 ». *Advance Data from Vital and Health Statistics*, vol. 126 (19 septembre 1986). Hyattsville (Maryland), U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service (publ. no PHS 86-1250).

10. **A.J.C. King** *et al. Résumé : étude sur les connaissances en santé et sécurité au Canada : élèves âgés de 9, 12 et 15 ans, 1982-1983*. Ottawa, Direction de la promotion de la santé, Santé et Bien-être social Canada, 1984.

11. **A.J.C. King** *et al. Études sur les attitudes et comportements des canadiens en matière de santé : élèves âgés de 9, 12 et 15 ans, 1984-85*. Ottawa, Direction de la promotion de la santé, Santé et Bien-être social Canada, 1986.

12. **Statistique Canada**. « Rapport de l'Enquête sociale générale, Premier cycle. » Ottawa, Ministre des Approvisionnements et Services Canada (sous presse).

13. **D. Jossa**. *L'usage du tabac au Canada en 1983*. Ottawa, Direction de la promotion de la santé, Santé et Bien-être social Canada, 1985.

14. **City of Toronto**. *Community Health Survey, 1983*. Toronto, Department of Public Health, 1984.

15. **S. Corber**. *A report on the health status of adults in Ottawa-Carleton: the Ottawa-Carleton Regional Health Unit Community Health Survey*. Ottawa, Regional Municipality of Ottawa-Carleton, Health Department, 1986.

16. **University of Ottawa and Ottawa-Carleton Regional District Health Council**. *Ottawa-Carleton Health Survey*. Ottawa, 1979.

17. **R. Smart et E.M. Adlaf**. *Alcohol and Drug Use Among Ontario Adults in 1984 and Changes since 1982*. Toronto, Fondation de la recherche sur l'alcoolisme et la toxicomanie, 1984.

18. **Edmonton Board of Health**. *Health Practices of Edmontonians: A Preliminary Report*. Edmonton, 1986.

2

Les méthodes d'enquête

Gary Catlin
Division des enquêtes spéciales
Statistique Canada

Introduction

L'Enquête Promotion Santé (EPS) est une enquête téléphonique nationale effectuée en juin 1985 dans les dix provinces et le Yukon. Les entrevues ont été menées à partir de neuf installations téléphoniques centralisées, d'un bout à l'autre du pays. Comme le sujet de l'EPS intéresse la plupart des gens, il se prête particulièrement bien à ce genre d'enquête.

Cependant, comme la réalisation d'une enquête téléphonique posait des problèmes dans les Territoires du Nord-Ouest, on a employé la méthode d'interrogation directe. Les données qui y ont été recueillies ne figurent pas dans le présent rapport.

L'établissement du plan de l'enquête, la collecte et le traitement des données par ordinateur ont été confiés à Statistique Canada qui a travaillé en étroite collaboration avec la Direction de la promotion de la santé, qui a organisé l'enquête.

Population

La population visée par l'Enquête Promotion Santé englobait tous les habitants du Canada âgés de 15 ans et plus, sauf ceux des Territoires du Nord-Ouest et les personnes hébergées à plein temps dans un établissement. On a exclu les T.N.-O. parce qu'une forte proportion des habitants de cette région n'ont pas le téléphone, notamment ceux qui habitent en dehors des grandes agglomérations. Les pensionnaires d'établissements tels que les prisons ou les hôpitaux ont été exclus parce que leur situation diffère considérablement de celle de l'ensemble de la population. En outre, il serait extrêmement difficile d'essayer de mener des entrevues avec toute personne en établissement; c'est pourquoi on exclut habituellement ce groupe dans des enquêtes semblables.

Comme on a utilisé la méthode de sondage téléphonique au hasard, on excluait d'office les ménages sans téléphone. Au Canada, environ 3 % des ménages n'en ont pas et leurs caractéristiques diffèrent considérablement de celles de l'ensemble de la population. Selon les données recueillies en 1984, les membres de ces ménages sont généralement jeunes, de sexe masculin, célibataires et moins instruits que l'ensemble de la population[1].

Comme le nombre de ménages sans téléphone est plutôt restreint, leur exclusion n'entraînera pas un biais important dans les données recueillies au cours de la plupart des enquêtes. Le tableau A présente une comparaison des estimations de variables démographiques tirées de l'Enquête sur la population active du Canada (EPA) menée en janvier 1984. Dans cette enquête, on avait recueilli des données, entre autres, sur le nombre de ménages pourvus d'un téléphone. La différence entre les estimations pour la population totale et celles qui s'appliquent à la sous-population ayant le téléphone est négligeable, mais elle est très importante pour les ménages sans téléphone. Il faudrait toutefois tenir compte du fait que ce groupe a été exclu de l'Enquête Promotion Santé lorsqu'on analyse des sous-populations de petite taille qui présentent des caractéristiques comparables à celles de ce groupe. Par exemple, si l'on veut étudier le cas de jeunes hommes célibataires sans travail, le pourcentage de ceux qui n'ont pas été représentés aura un effet plus important. On a rajusté (pondéré) les estimations tirées de l'Enquête Promotion Santé afin de tenir compte des personnes sans téléphone.

TABLEAU A : **ESTIMATIONS POUR L'ENSEMBLE DE LA POPULATION VISÉE PAR L'ENQUÊTE SUR LA POPULATION ACTIVE ET POUR LA SOUS-POPULATION QUI A LE TÉLÉPHONE AINSI QUE CELLE QUI NE L'A PAS, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1984**

	Total	Sous-population qui a le téléphone	Sous-population qui n'a pas le téléphone
Population totale de 15 ans et plus (en milliers)	19 041 (100 %)	18 574 (97,55 %)	467 (2,45 %)
SEXE			
Hommes	48,9	48,7	56,1
Femmes	51,1	51,3	43,9
ÉTAT MATRIMONIAL			
Marié(e)	62,0	62,6	38,0
Célibataire	27,2	26,8	43,5
Veuf / veuve	5,8	5,8	6,4
Divorcé(e) / séparé(e)	5,0	4,8	12,1
ÂGE			
15-19	10,7	10,7	10,5
20-24	12,3	12,1	17,3
25-29	11,7	11,6	13,9
30-34	10,9	11,0	10,1
35-39	9,7	9,8	6,9
40-44	7,6	7,7	5,3
45-54	13,0	13,1	8,8
55-64	11,8	11,9	10,0
65 et plus	12,8	12,1	17,0
NIVEAU D'INSTRUCTION			
Études primaires	20,3	19,9	38,5
Études secondaires	49,8	49,8	49,0
Quelques années d'études post-secondaires	9,0	9,1	4,3
Certificat ou diplôme d'études post-secondaires	11,2	11,4	4,9
Grade universitaire	9,6	9,8	3,4

Plan de l'enquête

Pour réaliser l'Enquête Promotion Santé, on a eu recours à deux techniques différentes de sondage téléphonique au hasard — une pour les dix provinces et l'autre pour le Yukon. Ces deux techniques permettent

d'obtenir une plus forte proportion de ménages pour le nombre total de numéros composés. Cette méthode est moins coûteuse que la technique « pure » de sondage téléphonique au hasard.

Pour les dix provinces, nous avons employé la technique de Waksberg-Mitofsky[2], qui utilise un échantillon en grappe de numéros de téléphone selon un plan en deux étapes. Dans un premier temps, on dresse une liste de tous les codes régionaux et des indicatifs pour la région comprise dans l'enquête. On y ajoute ensuite deux autres chiffres possibles pour établir des banques de numéros de téléphone (par exemple 613-224-00, 613-224-01, 613-224-02, etc.). Ces banques constituent nos unités primaires d'échantillonnage (UPE). Nous tirons des numéros au hasard de ces banques et ajoutons un numéro de deux chiffres établi à l'aide d'un générateur de nombres aléatoires pour former un numéro de téléphone à composer. Si ce numéro est celui d'un ménage, l'UPE est retenue, mais s'il s'agit d'une entreprise ou d'un établissement, elle est rejetée. Dans un deuxième temps, les interviewers communiquent par téléphone avec un nombre de ménages déterminé à l'avance dans chaque UPE retenue. La probabilité de sélection au cours de la première étape est proportionnelle au nombre de numéros de téléphone valides correspondant à des ménages dans l'UPE, mais à la deuxième étape, elle est inversement proportionnelle au nombre de numéros de téléphone de ménages valides dans la série. Le plan donne par conséquent un échantillon de numéros de téléphone de ménages d'égale probabilité.

Au Yukon, nous avons obtenu des données qui nous ont permis de créer avant l'enquête des banques qui renfermaient des numéros de téléphone de ménages, ce qui nous a permis de supprimer la première étape du plan de Waksberg-Mitofsky. Nous avons donc pu tirer des numéros de téléphone de ces banques pour obtenir un échantillon aléatoire simple de numéros de téléphone correspondant à des ménages.

On a noté des écarts considérables dans la proportion de numéros de téléphone composés qui ont permis d'atteindre des ménages; en effet la variation allait de 21 % à Terre-Neuve à 55 % au Québec. Au Yukon, environ 17 % des numéros de téléphone composés ont permis d'atteindre un ménage.

La dernière étape de l'échantillonnage a été réalisée au niveau des ménages. Après avoir demandé à la personne qui répondait au téléphone combien de membres comptait le ménage, les interviewers ont choisi un répondant au hasard parmi les membres âgés de 15 ans et plus. Les membres ont été énumérés par ordre décroissant d'âge et une étiquette a été apposée sur chaque questionnaire pour indiquer quelle personne devait être choisie en fonction du nombre de membres âgés de 15 ans et plus dans le ménage. Dans les enquêtes où les échantillons ne sont pas aléatoires, les types de personnes faciles à joindre sont généralement sur-représentés.

Échantillon et réponse

Il a fallu tenir compte de deux facteurs au moment de l'établissement du plan d'échantillonnage. D'une part, il faut de bonnes estimations nationales de la distribution des diverses caractéristiques pour que le gouvernement fédéral et les associations nationales puissent se servir des données fournies. D'autre part, comme la plupart des activités en matière de politiques et de programmes dans le domaine de la santé sont menées à l'échelon des provinces et des territoires, il faut disposer à ce niveau de données de qualité supérieure à celles que l'on obtient habituellement à partir d'une enquête nationale des ménages. Le nombre de ménages composant l'échantillon a donc été réparti également parmi les dix provinces et le Yukon (1 000 ménages chacun). En Alberta, toutefois, l'échantillon était constitué de 3 300 ménages. Un échantillon supplémentaire de 2 300 ménages a été préparé à Edmonton, et le coût de cette opération a été assumé par le conseil de santé de cette ville[3].

Le tableau B présente les résultats des diverses étapes de communication avec les répondants de l'enquête. Le taux de réponse global était de 81,9 %. Cela représente la proportion de ménages atteints pour le nombre total de numéros composés. On n'a pas atteint l'objectif de 1 000 ménages par province du fait que le pourcentage de ménages atteints ainsi que le taux de réponse étaient plus faibles que prévu. Comme c'est souvent le cas dans les enquêtes de ménages, il y a une très forte proportion de jeunes sujets de sexe masculin (de 15 à 24 ans) dans la catégorie de non-répondants. On en a tenu compte dans le calcul des facteurs de pondération de l'échantillon. Ainsi, les données qui figurent dans le présent rapport ont été pondérées pour refléter la composition de la population canadienne selon l'estimation qu'on en a faite en 1985, y compris des changements survenus depuis le recensement de 1981. Il n'y a toutefois aucune façon de savoir si les non-répondants diffèrent des répondants au chapitre du comportement, des attitudes et des connaissances.

Méthodes d'enquête

Collecte des données

Il a été démontré que les enquêtes téléphoniques sont une solution de rechange économique et rentable à l'interrogation directe, la qualité des données recueillies selon l'une ou l'autre de ces méthodes étant la même[4]. Les entrevues téléphoniques ont été menées à partir d'installations centralisées situées dans les huit bureaux régionaux de Statistique Canada et dans un bureau temporaire à Whitehorse. Toutes les entrevues ont eu lieu de 8 h 30 à 21 h 30 entre le 3 et le 21 juin 1985. Les interviewers ont reçu la formation nécessaire pour appliquer les deux techniques d'enquête téléphonique et pour utiliser les méthodes propres à l'Enquête Promotion Santé au cours d'une séance de formation

de deux jours qui s'est déroulée avant l'enquête. L'annexe B renferme un exemplaire du questionnaire d'enquête.

TABLEAU B : **NOMBRE DE MÉNAGES CONTACTÉS ET TAUX DE RÉPONSE, PAR PROVINCE, ENQUÊTE PROMOTION SANTÉ, CANADA, 1985**

	Nombre d'appels	Nombre de ménages (en % du nombre total d'appels)	Réponses	Taux de réponse (en % du nombre de ménages)
Terre-Neuve	4 926	1 043 (21 %)	849	81 %
Î.-P.-É.	3 121	1 105 (35 %)	928	84 %
Nouvelle-Écosse	3 036	1 069 (35 %)	920	86 %
Nouveau-Brunswick	2 720	1 113 (41 %)	956	86 %
Québec	1 874	1 010 (54 %)	846	84 %
Ontario	2 223	1 046 (47 %)	756	72 %
Manitoba	3 674	1 008 (27 %)	830	82 %
Saskatchewan	4 510	948 (21 %)	774	82 %
Alberta*	7 128	3 359 (47 %)	2 733	81 %
C.-B.	2 188	1 091 (50 %)	899	82 %
Yukon	4 957	857 (17 %)	690	81 %
Total	40 357	13 649 (34 %)	11 181	82 %

*Les chiffres pour l'Alberta comprennent l'échantillon supplémentaire préparé pour le conseil de santé d'Edmonton.

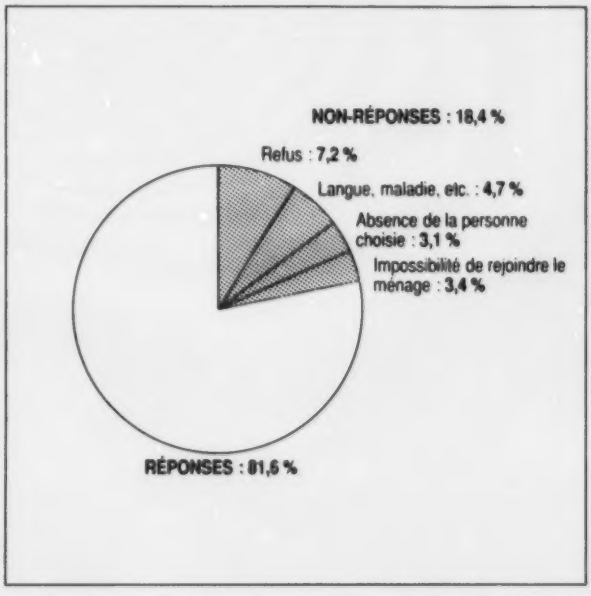
Bon nombre des questions portaient sur des attitudes ou des connaissances et, par conséquent, aucune réponse par procuration n'a été acceptée. Dans certains cas, il a fallu faire de nombreux appels, voire de 15 à 20, à divers moments de la journée et de la soirée afin de réaliser l'entrevue. Un superviseur contrôlait les interviewers tous les jours pour assurer la qualité des entrevues.

Le taux de réponse était de 81 %, ce qui est un bon résultat pour une enquête auprès d'un échantillon aléatoire, où les réponses ne pouvaient être fournies par personne interposée. Comme l'indique le tableau B, le taux de réponse variait d'une province à l'autre, les taux enregistrés étant très élevés dans les Provinces maritimes et très faibles en Ontario. Nous attribuons cet écart à l'expérience en matière d'enquêtes téléphoniques du personnel des bureaux régionaux plutôt qu'à une différence régionale en ce qui concerne les répondants ou la population.

Les raisons des non-réponses au questionnaire de l'enquête sont présentées à la figure A. Les refus comptaient pour presque 8 %, la plupart ayant été exprimés au début de l'enquête. Il arrivait rarement qu'un répondant décide de ne pas participer à toute l'enquête une fois qu'il avait commencé à répondre aux questions.

Les cas de non-réponse attribuables à des problèmes de langue, à la maladie ou à l'absence de la personne choisie comptent au nombre des problèmes inhérents à une enquête qui n'accepte pas les réponses fournies par un tiers. Lorsqu'un répondant avait été choisi et qu'il ne pouvait participer à l'entrevue, il n'était pas remplacé. Dans certains cas, la personne choisie ne pouvait s'exprimer ni en anglais ni en français, alors qu'un autre membre du ménage était en mesure de répondre à sa place. Nous n'avons pas autorisé un interviewer à traduire les questions dans une autre langue ou à demander à un autre membre du ménage de faire office d'interprète en raison de la nature des questions de l'enquête, étant donné que celles-ci étaient formulées de façon bien précise. Comme on ne peut contrôler l'exactitude des traductions faites « à brûle-pourpoint », il se peut que les renseignements fournis au sujet des attitudes et des connaissances n'aient à peu près rien à voir avec la question posée.

FIGURE A : **TAUX DE RÉPONSE ET DE NON-RÉPONSE : ENQUÊTE PROMOTION SANTÉ, CANADA, 1985**



Ce qui pose un problème particulier lors des sondages téléphoniques au hasard, c'est le type de non-réponse due à l'impossibilité de rejoindre la personne choisie. On ne pouvait savoir sans l'ombre d'un doute que ces numéros de téléphone correspondaient à celui d'une résidence qui faisait partie du champ de l'enquête ou si c'était celui d'un bureau vide ou d'un chalet, endroits qui auraient été exclus de toute façon. Les interviewers devaient composer ces numéros à maintes reprises et essayer de vérifier auprès des compagnies de téléphone pour savoir s'il s'agissait d'un numéro résidentiel ou non. Il reste toutefois que de 2 à 3 % des numéros restaient impossibles à déterminer et nous supposons alors que la plupart étaient des numéros résidentiels valides.

Traitement des données

Au terme de l'entrevue, les données recueillies ont été introduites sur mini-ordinateurs et transmises électroniquement (par modem) à Ottawa pour traitement ultérieur. On a ensuite procédé à une vérification informatique de tous les dossiers selon des règles bien précises afin de déceler les erreurs et les incohérences. Par exemple, si un répondant avait indiqué à un moment donné qu'il avait pris un verre au cours des 12 derniers mois, mais qu'il n'avait rien inscrit à l'endroit où on lui avait demandé d'indiquer s'il avait jamais consommé de l'alcool nous avons corrigé cette incohérence. Les points à corriger ont été définis en consultation avec la Direction de la promotion de la santé.

Comme l'Enquête Promotion Santé reposait sur un échantillon de ménages, chaque ménage et personne qui a répondu représentait un certain nombre d'autres ménages et personnes. Au cours de la dernière étape du traitement, on a calculé un facteur de pondération pour chaque dossier qui permettrait de faire des estimations de la population. Ce facteur moyen était de 1752.

Analyse et diffusion des données

Les estimations dérivées de cette enquête ont été obtenues à partir d'un échantillon de ménages. On aurait pu obtenir des chiffres légèrement différents si l'on avait procédé à un recensement complet à l'aide du questionnaire, des interviewers, des superviseurs, des méthodes de traitement, etc. effectivement employés pour l'enquête. La différence entre les estimations tirées de l'échantillon et les résultats d'un recensement en bonne et due forme effectué dans des conditions comparables s'appelle « l'erreur d'échantillonnage de l'estimation ».

La valeur exacte de l'erreur d'échantillonnage de l'estimation, comme on l'a définie ci-dessus, ne peut être mesurée uniquement à partir des résultats de l'enquête (sinon, une enquête serait superflue), mais il est possible d'établir une mesure statistique de l'erreur d'échantillonnage, à savoir l'erreur-type, à partir des données de l'échantillon. À l'aide de l'erreur-type, on peut obtenir des intervalles de confiance pour les estimations, sans tenir compte des effets d'une erreur non attribuable à l'échantillonnage, en supposant que les estimations présentent une distribution normale autour de la valeur réelle de la population. Il y a une probabilité de 68 sur 100 que l'écart entre l'estimation d'échantillon et la valeur réelle de la population soit inférieur à une erreur-type, de 95 sur 100 que l'écart soit inférieur à deux erreurs-types et il est quasi certain que les écarts seront inférieurs à trois erreurs-types.

En général, l'écart-type est exprimé par rapport à une estimation particulière et ce, à cause des estimations très diverses qu'il est possible de calculer à partir des résultats d'une enquête. On obtient cette mesure, appelée le « coefficient de variation » d'une estimation (CV), en divisant l'erreur-type de l'estimation par l'estimation elle-même. Le résultat est exprimé en tant que pourcentage de l'estimation.

Avant leur diffusion, les données publiées dans les tableaux de ce rapport ont été revues à la lumière des critères suivants :

- diffusées sans réserve — le CV est égal ou inférieur à 16,5 %,
- diffusées avec réserve — le CV se situe entre 16,6 % et 33,3 % (marquées d'un *),
- ne peuvent être diffusées — le CV est supérieur à 33,3 % (marquées d'un —).

Bibliographie

1. **G. Catlin** *et al. Telephone Ownership in Canada*. Ottawa, Statistique Canada, rapport inédit, mars 1984.

2. **J. Waksberg**. « Sampling Methods for Random Digit Dialing ». *Journal of the American Statistical Association*, vol. 73, no 361 (1978), p. 40-46.

3. **Edmonton Board of Health**. *Health Practices of Edmontonians: A Preliminary Report*. Edmonton, mai 1986.

4. **R.M. Groves et R.L. Kahn**. *Surveys by Telephone: A National Comparison with Personal Interviews*. New York, Academic Press, 1979.

Partie

Cette partie traite de la consommation de tabac, d'alcool, de médicaments et de drogues. En raison de leurs effets profonds et généralement néfastes sur la santé, il y a lieu de parler ici de « toxicomanies ». Ces sujets, en particulier l'usage du tabac, ont fait l'objet d'études assez poussées au Canada, mais il reste que les auteurs des enquêtes antérieures se sont généralement contentés de décrire des comportements. L'Enquête Promotion Santé ne se limite pas à faire le point sur les habitudes de consommation, mais se penche également sur les attitudes et les connaissances.

Le chapitre 3, rédigé par Pierre Lamarche, nous fournit les données canadiennes les plus récentes sur la prévalence de la consommation de tabac et compare ces données aux tendances des dernières années. En outre, il aborde la question de l'exposition à la fumée de cigarette et des droits des non-fumeurs. Pour la première fois, on traite des connaissances des adultes canadiens en ce qui concerne la consommation de tabac et des questions connexes, notamment les effets du tabac sur le foetus et les avantages de l'abandon de la cigarette après de nombreuses années de forte consommation. Ces résultats fournissent des données de base importantes qui permettront d'orienter et d'évaluer les campagnes d'éducation publique.

Le chapitre sur la consommation d'alcool, rédigé par Florence Andrews, est le complément parfait du chapitre sur l'usage du tabac. À une description des habitudes de consommation d'alcool viennent s'ajouter des données sur les relations sociales des buveurs, la tolérance de l'ivresse, les attitudes à l'égard de l'alcool en tant que problème sur lequel doit se pencher le gouvernement, et les intentions personnelles de modifier la consommation d'alcool. À cet égard, les répercussions sont importantes en ce qui concerne les programmes de promotion de la santé qui visent à encourager la modération dans la consommation d'alcool.

3

L'usage du tabac

Pierre Lamarche*
Bureau régional du Québec
Direction de la promotion de la santé
Santé et Bien-être social Canada

Remerciements : Nous tenons à remercier Peggy Edwards, Paul Melia, Irving Rootman, et Reg Warren, qui ont bien voulu revoir une version antérieure de ce chapitre.

Points saillants

- Les deux tiers des Canadiens sont des non-fumeurs.
  - Les jeunes adultes (25 à 34 ans) fument plus que les Canadiens plus âgés.
  - L'usage du tabac est le plus répandu dans les couches de la société les moins instruites.
  - L'usage du tabac est moins répandu en Saskatchewan et en Colombie-Britannique qu'au Québec, à Terre-Neuve et au Yukon.
  - L'usage du tabac est beaucoup plus répandu chez les personnes séparées ou divorcées.
- Les fumeurs ont plus souvent des amis et un conjoint qui fument que les non-fumeurs.
- La proportion de fumeurs dans la population a chuté de 16 % en 20 ans.
  - Plus d'hommes que de femmes ont cessé de fumer.
  - On compte actuellement presque autant de fumeuses que de fumeurs, alors qu'en 1965 il y avait un écart de 30 % entre ces deux groupes.
  - La diminution de l'usage du tabac ralentit.
  - Néanmoins, les mesures anti-tabac reçoivent un accueil très favorable.
- Une grande majorité des Canadiens déclarent être incommodés par la fumée « résiduelle ».
  - Seulement la moitié des Canadiens qui déclarent être gênés par la fumée de cigarette ont demandé à quelqu'un de s'abstenir de fumer en leur présence.
  - Les femmes sont plus nombreuses à déclarer être incommodées par la fumée, mais les hommes demandent plus souvent à des fumeurs de s'abstenir de fumer en leur présence que ne le font les femmes.
  - Environ la moitié des fumeurs déclarent que quelqu'un leur a demandé de ne pas fumer au cours de l'année écoulée.
- Moins d'un Canadien sur dix travaille dans un environnement où il est interdit de fumer.
- Presque tous les Canadiens estiment que les femmes enceintes ne devraient pas fumer.
- La vaste majorité des répondants (y compris les fumeurs) estiment qu'il faudrait prévoir des aires de travail exemptes de fumée pour les non-fumeurs.
- La plupart des Canadiens — et même les fumeurs — pensent que les personnes qui font usage du tabac devraient demander la permission de fumer en présence d'autres personnes.
- Les Canadiens croient que les parents ont un rôle important à jouer en tant que modèles et que les enfants sont plus susceptibles de commencer à fumer si leurs parents fument.
- Les deux tiers des Canadiens se disent en désaccord avec l'affirmation voulant que « La plupart des non-fumeurs ne sont pas ennuyés lorsque d'autres personnes fument en leur présence ».
- Les deux tiers de la population canadienne estiment en outre que le fait de fumer n'aide pas à rester mince.
- Dans une même proportion, les Canadiens croient que le fait de cesser de fumer, et ce même après avoir été un gros fumeur pendant 10 ans, peut contribuer à améliorer la santé.
- Les avis sont partagés pour ce qui est de déterminer si l'usage du tabac est devenu un sujet de préoccupation trop important.

* maintenant directeur de Domrémy — Montréal, Ste-Geneviève (Québec)

Introduction

L'usage répandu du tabac dans les pays développés et, plus récemment, dans les pays en voie de développement est devenu l'un des problèmes d'hygiène publique les plus alarmants du 20e siècle. Aussi était-il important que l'EPS touche à la question de l'usage du tabac par les Canadiens. L'enquête a permis de recueillir des données sur les habitudes de consommation de tabac non seulement des répondants, mais aussi de leur conjoint et de leurs amis, ainsi que sur un certain nombre de croyances, d'attitudes et de comportements se rattachant à l'usage du tabac (Q. 27 à 35, à l'annexe B).

À cause des nouvelles normes sociales désapprouvant l'usage du tabac, il est possible que les taux de consommation de tabac déclarés soient légèrement inférieurs aux taux de consommation réels. Quoi qu'il en soit, la méthode d'interrogation directe demeure le moyen le plus efficace et le plus rentable d'évaluer l'usage du tabac dans une population. Cette méthode étant en outre la plus couramment utilisée, elle permet de faire des comparaisons avec les constatations d'autres enquêtes. Enfin, il importe de signaler que les réponses données par un tiers concernant les habitudes de consommation de tabac d'une autre personne sont encore moins fiables que les données obtenues auprès des intéressés eux-mêmes[1].

Les non-réponses et les résultats correspondant aux réponses « ne sait pas » ne figurent pas dans la plupart des tableaux. À une exception près, ces réponses comptaient pour moins de 1 % du total. Faisaient exception les réponses à la question visant à obtenir l'opinion des répondants (Q. 31), où « je n'ai pas d'opinion » comptait généralement pour de 5 à 7 % des réponses. Cette question est analysée plus à fond sous la rubrique « Croyances entourant l'usage du tabac ».

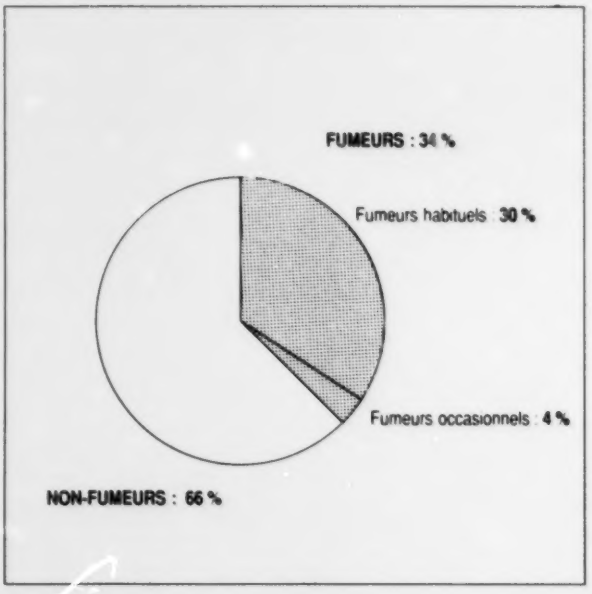
Il est à remarquer que les données qui figurent dans les tableaux ne sont pas normalisées selon l'âge, le sexe ou d'autres variables semblables associées à la consommation de tabac. Ce facteur peut exercer une certaine influence sur les comparaisons interprovinciales, étant donné que la population de certaines provinces est plus âgée que celle d'autres provinces. L'effet de ce facteur est sans doute peu important, comme cela est expliqué à l'annexe A.

Enfin, l'enquête ne portant que sur l'usage de la cigarette, les fumeurs de pipe et de cigares ne sont pas représentés parmi les fumeurs.

La prévalence de l'usage du tabac

Un tiers (34 %) des Canadiens âgés de 15 ans et plus ont répondu par l'affirmative à la question suivante : « Ces temps-ci fumez-vous la cigarette? » Les fumeurs habituels, soit ceux qui fument tous les jours (30 %), sont beaucoup plus nombreux que les fumeurs occasionnels (pas tous les jours) (4 %) dans la population totale (figure A). En général, la proportion de fumeurs habituels est plus élevée chez les hommes (36 %) que chez les femmes (32 %).

FIGURE A : **L'USAGE DU TABAC, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985**



Variations selon les groupes de répondants

Comme le montre le tableau 1, c'est dans le groupe des personnes âgées de 65 ans et plus que l'usage du tabac est le plus faible (19 %). Cette remarque s'applique tant aux hommes (20 %) qu'aux femmes (18 %). De tous les groupes répartis selon l'âge et le sexe, c'est le groupe des femmes de 65 ans et plus qui compte la plus faible proportion de fumeurs. Le groupe des 25 à 34 ans est celui dans lequel on enregistre la plus forte proportion de fumeurs (40 %); et ce groupe est aussi celui qui compte la plus grande proportion de femmes qui fument (37 %). L'usage du tabac est une habitude plus répandue chez les hommes, mais l'écart entre les deux sexes n'est que de 3 % dans l'ensemble. Le seul groupe d'âge dans lequel l'usage du tabac est plus répandu chez les femmes est celui de 15 à 24 ans.

La proportion des fumeurs est inversement proportionnelle au niveau d'instruction (tableau 2). Ce sont en effet parmi les répondants les moins instruits qu'on compte la plus forte proportion de fumeurs (37 %), alors que les répondants les plus instruits sont les moins nombreux à avoir cette habitude (24 %). En revanche, il n'y a pas d'écart entre les diverses catégories de revenu pour ce qui est du pourcentage de fumeurs, si ce n'est pour la deuxième catégorie, pour qui on enregistre une proportion légèrement inférieure de fumeurs.

Comme le montre le tableau 3, la Saskatchewan et la Colombie-Britannique (30 % chacune) sont les provinces où les taux de fumeurs sont les plus faibles. C'est la Colombie-Britannique qui compte la plus faible proportion de fumeurs habituels au Canada (27 %). Le Québec, Terre-Neuve et le Yukon ont des taux nettement supérieurs à la moyenne nationale.

L'usage du tabac et les relations sociales

Les fumeurs ont plus souvent un conjoint qui fait usage du tabac (32 %) que les non-fumeurs (14 %). En revanche, 26 % des fumeurs ont un conjoint qui ne fume pas, alors que la proportion est de 48 % chez les non-fumeurs (données non fournies).

De la même façon, les fumeurs ont plus d'amis qui fument que les non-fumeurs. Tandis que 14 % des non-fumeurs n'ont aucun ami qui fume, seulement 3 % des fumeurs n'ont pour amis que des non-fumeurs. Onze pour cent des non-fumeurs et 32 % des fumeurs déclarent que tous leurs amis ou que la plupart d'entre eux fument.

Un Canadien sur trois fume. Dans le groupe des personnes séparées ou divorcées, toutefois, la proportion est de 50 %. Cette remarque s'applique tant aux hommes qu'aux femmes (données non fournies).

Normes sociales

L'EPS fournit une évaluation de quelques-unes des normes sociales qui se rapportent à l'usage du tabac. À la question « Vous arrive-t-il d'être incommodé(e) par la fumée provenant des cigarettes que d'autres fument en votre présence? », près de deux tiers des Canadiens (62 %) répondent par l'affirmative. Dans ce groupe, la proportion des non-fumeurs et des fumeurs est de 73 % et 42 % respectivement. Le pourcentage des répondants qui déclarent être incommodés par la fumée des autres passe de 68 % chez les 15-24 ans à 47 % seulement chez les 65 ans et plus. Les femmes (66 %) sont plus incommodées que les hommes (59 %) par la fumée résiduelle. Près de trois quarts des femmes de 15 à 24 ans déclarent être gênées par la fumée des autres (voir figure B).

La proportion des répondants qui déclarent être ennuyés par la fumée des autres s'accroît avec le niveau d'instruction, passant de 58 % chez les moins instruits à 72 % chez les Canadiens qui possèdent un diplôme post-secondaire (voir figure C). Pour ce qui est des catégories de revenu, les constatations sont similaires : ce sont en effet dans les groupes compris dans les deux quintiles de revenus supérieurs qu'on enregistre les taux les plus élevés de répondants déclarant être ennuyés par la fumée des autres (71 % dans le quatrième et 70 % dans le cinquième).

Dans toutes les provinces, une majorité de répondants déclarent être gênés par la fumée des autres. Cette proportion est toutefois un peu plus importante au Québec (figure D), province où la proportion de fumeurs est aussi plus élevée qu'ailleurs au pays.

Plus d'un tiers de tous les Canadiens (36 %) ont déjà demandé à quelqu'un de s'abstenir de fumer (Q. 34). Les hommes ont fait ce genre de demande plus souvent que les femmes, et ce même si un pourcentage plus élevé de femmes déclarent être ennuyées par la fumée des autres (figure E). Bien que cette question ait été posée à tous les répondants, il est raisonnable de présumer que seules les personnes que la fumée dérange peuvent avoir demandé à quelqu'un d'autre de s'abstenir de fumer. Dans l'ensemble, environ 50 % des personnes gênées par la fumée résiduelle ont demandé à quelqu'un d'autre de s'abstenir de fumer.

Comme on a pu le constater pour les répondants incommodés par la fumée des autres, la proportion des répondants ayant demandé à quelqu'un d'autre de s'abstenir de fumer décroît avec l'âge. C'est en effet chez les 15 à 24 ans qu'on enregistre le taux le plus élevé de réponses affirmatives (46 %), et chez les 65 ans et plus le taux le moins élevé (21 %). Les femmes se montrent quelque peu plus irréductibles que les hommes sur cette question jusqu'à l'âge de 45 ans, après quoi ce sont les hommes qui se montrent plus irréductibles à l'égard de la fumée des autres (figure E).

En ce qui concerne le niveau d'instruction, on constate que 48 % des Canadiens qui ont fait des études secondaires ou plus avancées ont déjà demandé à quelqu'un de s'abstenir de fumer. Le groupe qui s'affirme le moins à cet égard est celui des personnes les moins instruites (30 %). Un groupe qui s'affirme plus est celui des fumeurs compris dans les quintiles de revenus supérieurs. Parmi les Canadiens dans le quintile de revenu inférieur, 32 % ont déjà demandé à quelqu'un de s'abstenir de fumer, comparativement à 43 % des Canadiens dans le quintile de revenu supérieur (données non fournies).

La figure D montre que c'est en Colombie-Britannique et en Alberta que la probabilité qu'un fumeur se fasse demander de s'abstenir de fumer est la plus forte et que c'est dans les provinces de l'Atlantique qu'elle est la plus faible.

À la question : « Au cours de l'année écoulée, quelqu'un vous a-t-il demandé de vous abstenir de fumer en sa présence? », près de la moitié (47 % pour les deux sexes) des fumeurs ont répondu par l'affirmative. Pour ce qui est de la probabilité qu'un fumeur se fasse adresser une telle demande, c'est au Yukon (57 %), en Ontario (52 %) et en Colombie-Britannique (49 %) qu'elle est la plus forte, et à Terre-Neuve (35 %) et à l'Île-du-Prince-Édouard (38 %) qu'elle est la plus faible (données non fournies).

Les fumeurs de moins de 45 ans se font demander plus souvent que les fumeurs plus âgés de s'abstenir de fumer. En effet, la proportion des fumeurs qui déclarent s'être fait adresser une telle demande est de plus de la moitié chez les 15 à 24 ans (51 %) et de seulement un sur trois chez les 55 à 64 ans (35 %) (données non fournies).

FIGURE B : **POURCENTAGE DE LA POPULATION QUI EST INCOMMODÉ PAR LA FUMÉE RÉSIDUELLE, SELON L'ÂGE ET LE SEXE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985**

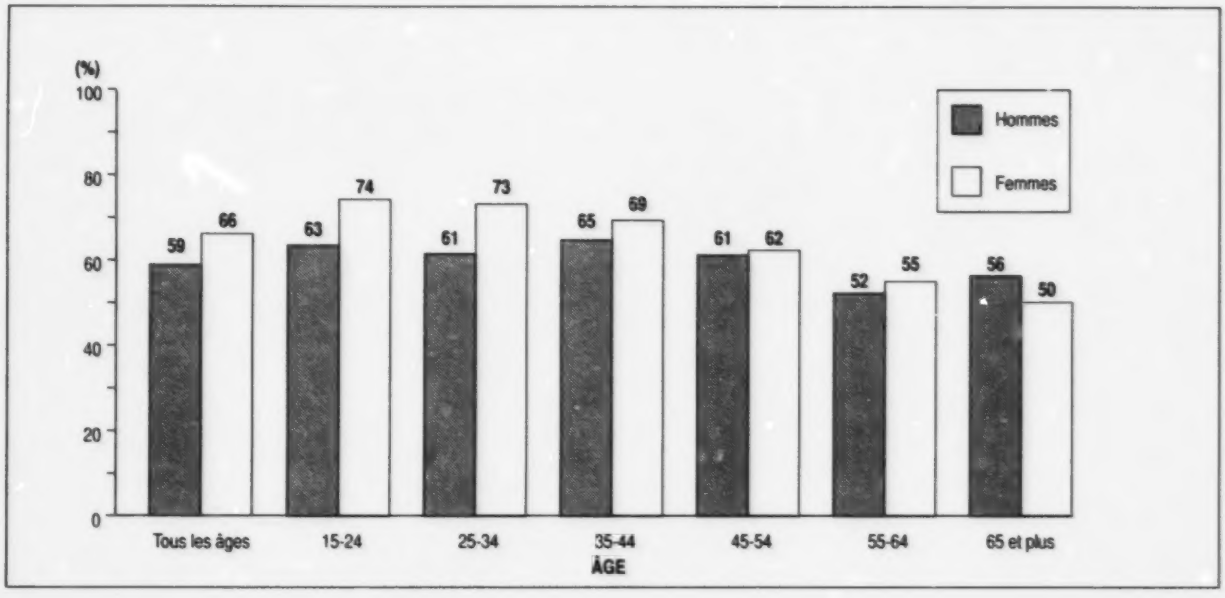


FIGURE C : **POURCENTAGE DE LA POPULATION QUI EST INCOMMODÉ PAR LA FUMÉE RÉSIDUELLE ET POURCENTAGE QUI A DEMANDÉ À QUELQU'UN DE S'ABSTENIR DE FUMER, SELON LE NIVEAU D'INSTRUCTION, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985**

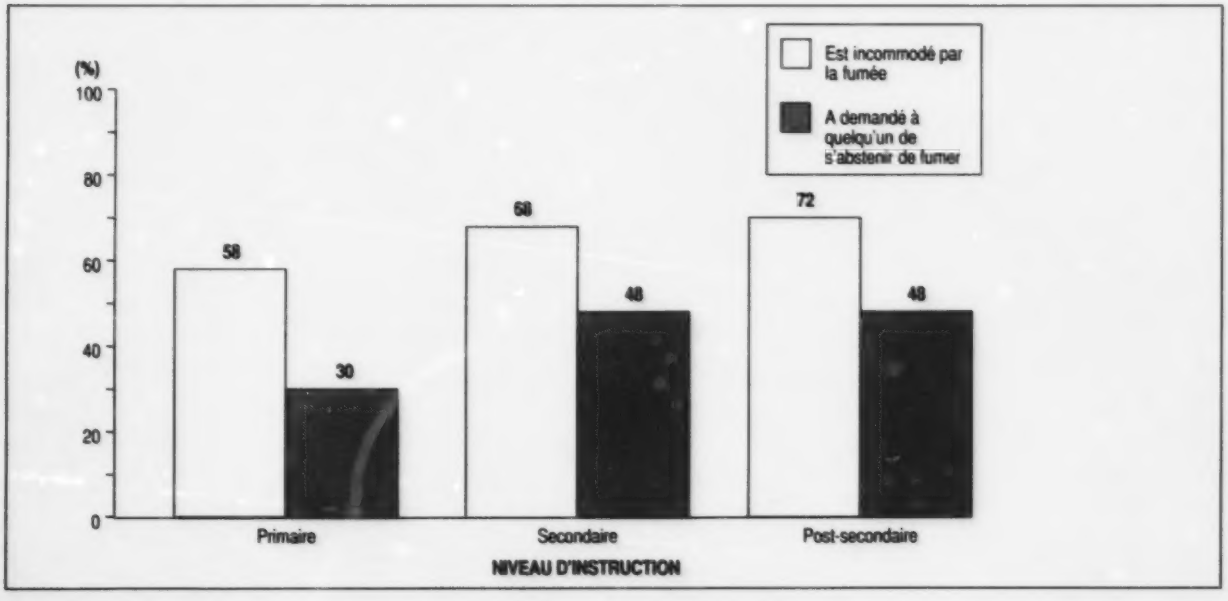


FIGURE D : **POURCENTAGE DE LA POPULATION QUI EST INCOMMODÉ PAR LA FUMÉE RÉSIDUELLE ET POURCENTAGE QUI A DEMANDÉ À QUELQU'UN DE S'ABSTENIR DE FUMER, PAR PROVINCE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985**

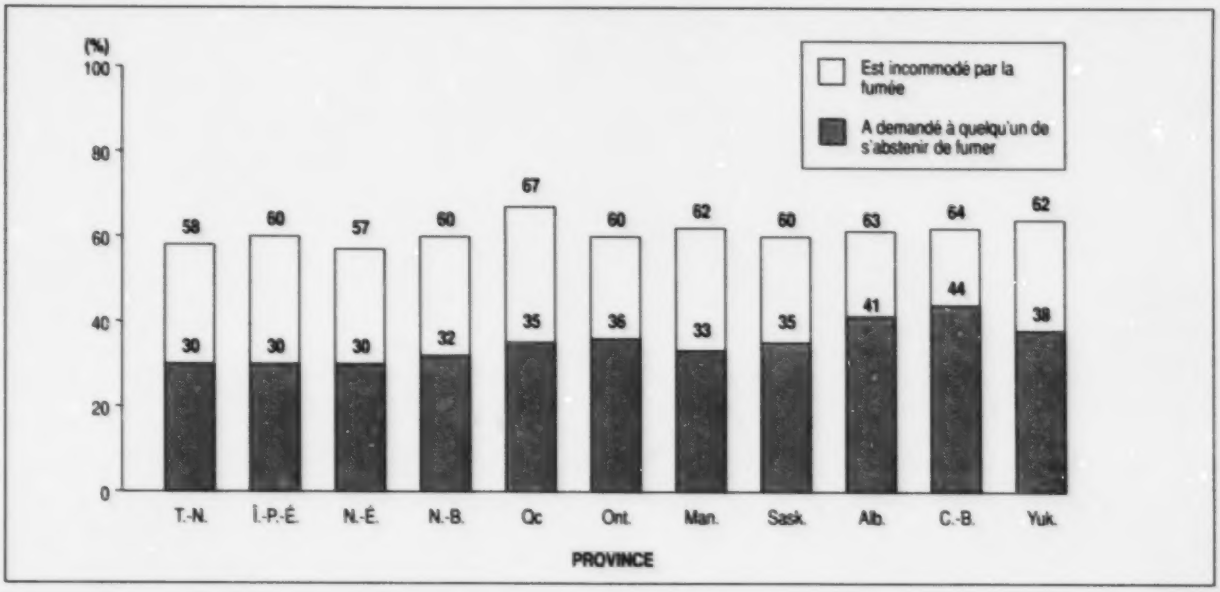
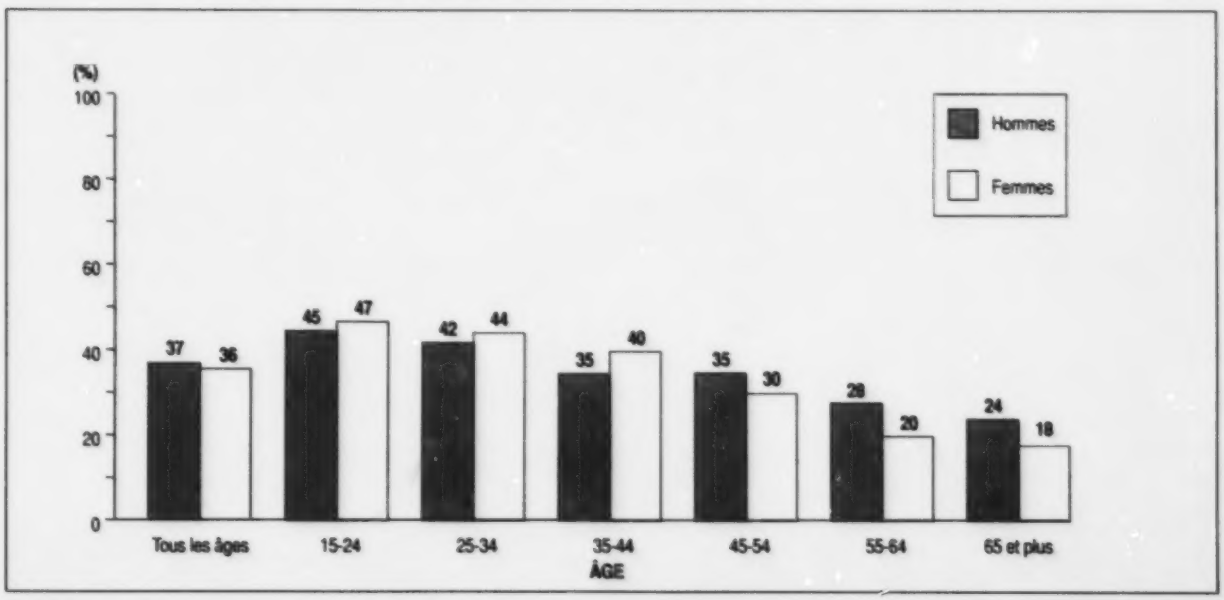


FIGURE E : **POURCENTAGE DE LA POPULATION QUI A DEMANDÉ À QUELQU'UN DE S'ABSTENIR DE FUMER, SELON L'ÂGE ET LE SEXE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985**



Les fumeurs qui ont terminé leurs études secondaires sont les plus susceptibles (55 %) de se faire demander de s'abstenir de fumer. À cet égard, les fumeurs les moins instruits sont le groupe pour qui on enregistre le taux le plus faible (44 %). Par rapport au revenu, ce sont les fumeurs compris dans les quintiles supérieurs qui se font demander le plus souvent de s'abstenir de fumer : 57 % pour le quintile supérieur, et 56 % pour le quatrième, comparativement à 38 % pour le deuxième et 41 % pour le premier (données non fournies).

L'EPS incluait aussi une question sur l'endroit où le répondant avait demandé à quelqu'un de s'abstenir de fumer ou s'était fait adresser pareille demande. La figure F montre que c'est dans leur propre maison que les répondants étaient le plus susceptibles d'adresser une telle demande ou de se la faire adresser. Par ailleurs, plus d'un cinquième des fumeurs s'étaient fait demander de ne pas fumer lorsqu'ils étaient chez quelqu'un d'autre.

Enfin, on a demandé aux répondants si l'usage du tabac faisait l'objet de restrictions là où ils travaillaient. Seulement 7 % des personnes occupant un emploi déclarent que l'usage du tabac est complètement interdit là où ils travaillent, tandis que 41 % déclarent travailler dans un environnement où l'usage du tabac est prohibé dans certaines aires (voir tableau 4).

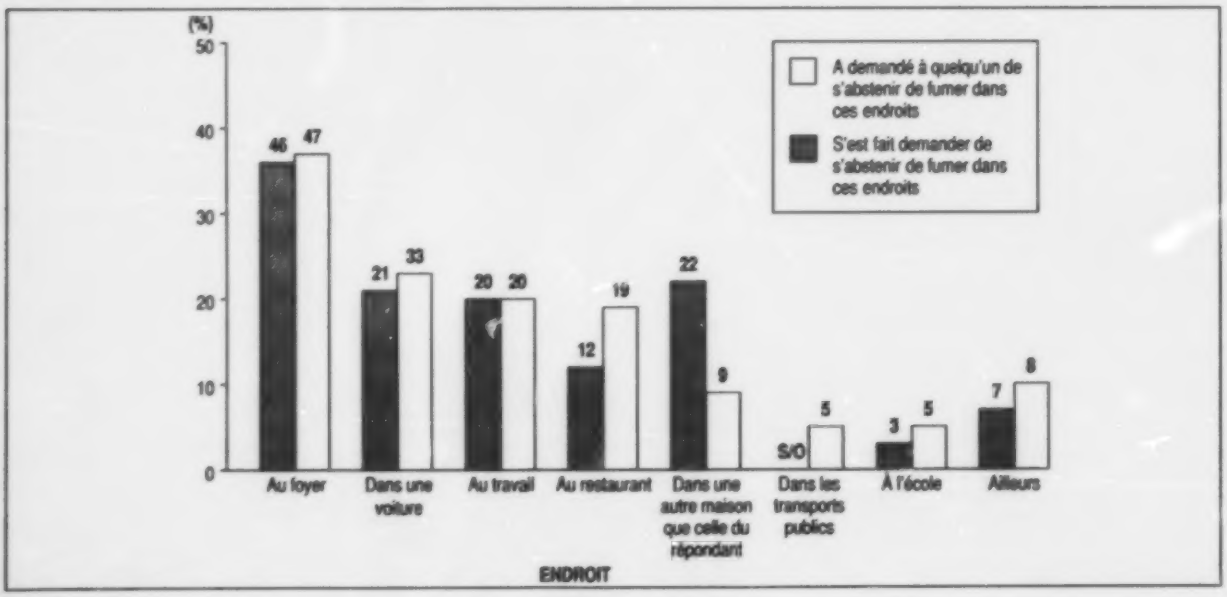
Croyances entourant l'usage du tabac

Dans l'enquête, les répondants devaient indiquer s'ils étaient d'accord ou non avec une série d'énoncés qui leur étaient proposés (Q. 31). Ces questions visaient tant à vérifier les connaissances des répondants qu'à obtenir leur opinion sur divers points (influence parentale, effet sur le foetus, régulation du poids).

Presque tous les Canadiens (91 %) comprennent que les femmes enceintes ne devraient pas fumer. Plus de non-fumeurs (93 %) que de fumeurs (87 %) sont de cet avis (tableau 5). Les femmes et les jeunes sont légèrement plus sensibilisés que les autres aux dangers que représente pour le foetus l'usage du tabac chez la mère, mais les écarts entre les différents groupes sont minces (tableau 6). La proportion des répondants se disant d'accord avec l'énoncé s'accroît avec le niveau d'instruction, passant de 89 % chez les moins instruits à 95 % chez les plus instruits (tableau 7). À quelques légères variations près, le pourcentage des Canadiens se disant d'accord avec l'énoncé est élevé dans toutes les provinces et au Yukon (tableau 8).

Environ 70 % des Canadiens sont d'accord avec l'énoncé selon lequel « les enfants sont plus enclins à fumer si leurs parents sont des fumeurs ». Comme pour les autres énoncés, davantage de non-fumeurs

FIGURE F : **POURCENTAGE DE LA POPULATION QUI A DEMANDÉ À QUELQU'UN DE S'ABSTENIR DE FUMER ET POURCENTAGE QUI S'EST FAIT ADRESSER UNE TELLE DEMANDE, SELON L'ENDROIT OÙ LA DEMANDE A ÉTÉ ADRESSÉE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985**



(74 %) que de fumeurs (63 %) sont d'accord avec l'énoncé (tableau 5). Contrairement aux réponses touchant les autres énoncés, plus d'hommes (73 %) que de femmes (68 %) sont d'accord avec cet énoncé. En outre, les jeunes (tableau 6) et les Canadiens des couches les plus instruites (tableau 7) sont plus souvent d'accord avec cet énoncé. Un consensus très net se dégage dans toutes les provinces concernant le fait que les enfants sont plus enclins à fumer si leurs parents sont des fumeurs. Ce consensus, toutefois, est moins net au Québec (65 %) et plus marqué (75 %) à Terre-Neuve (tableau 8).

Les deux tiers des Canadiens déclarent ne pas être d'accord avec l'énoncé voulant que « fumer aide à rester mince ». Beaucoup plus de fumeurs (30 %) que de non-fumeurs (18 %) estiment que le fait de fumer aide à rester mince (tableau 5). Fait surprenant, cette opinion est partagée par une proportion un peu plus grande d'hommes (23 %) que de femmes (20 %). Les Canadiens de plus de 35 ans croient que fumer aide à rester mince dans une proportion plus grande que les jeunes. Ainsi, 28 % des Canadiens âgés de 55 à 64 ans sont d'accord avec cet énoncé, tandis que seulement une personne sur six est de cet avis parmi les 15 à 24 ans (tableau 6). C'est chez les moins instruits que la proportion des répondants se déclarant d'accord avec l'énoncé est la plus forte (tableau 7). Les écarts entre les provinces sont faibles; c'est en Colombie-Britannique, en Saskatchewan et au Québec que la proportion des gens qui croient que fumer aide à rester mince est la plus faible (tableau 8).

Une autre question posée aux répondants pour connaître leur opinion et vérifier leurs connaissances concernant les dangers du tabac est la suivante : « Croyez-vous qu'une personne qui renonce au tabac après avoir été un gros fumeur pendant 10 ans réduit les risques de contracter une maladie liée à l'usage du tabac? » (Q. 32). Comme le montre le tableau 9, près des deux tiers des Canadiens (62 %) se rendent compte que cesser de fumer réduit les risques de maladie liée à l'usage du tabac soit dans une large mesure soit modérément. Davantage de non-fumeurs (65 %) que de fumeurs (58 %) sont de cet avis (tableau 10). On ne constate aucune différence significative entre les réponses fournies par les répondants de l'un et l'autre sexe à cette question. Le pourcentage des répondants qui sont d'accord avec l'énoncé s'accroît avec l'âge, passant de 60 % chez les 15 à 24 ans à 72 % chez les 35 à 44 ans, après quoi les taux enregistrés diminuent pour atteindre 49 % chez les 65 ans et plus. Il n'est pas sans intérêt de signaler que le nombre des Canadiens qui indiquent ne pas savoir si l'état de santé du fumeur qui renonce au tabac s'améliore s'accroît avec l'âge, passant de 9 % chez les 15 à 24 ans à 20 % chez les 65 ans et plus.

« Il faudrait fournir aux non-fumeurs un endroit exempt de fumée de tabac là où ils travaillent » est une opinion qui est appuyée par 82 % des Canadiens. Même les fumeurs sont d'accord avec cet énoncé (78 %), bien que dans une proportion moindre que les non-fumeurs (84 %). Les femmes sont généralement plus nombreuses que les hommes à se dire d'accord avec cet énoncé (tableaux 5 et 6).

Le taux d'acceptation de cet énoncé varie avec l'âge. Les jeunes (15 à 24 ans) sont ceux chez qui la proportion des répondants d'accord avec cet énoncé est la plus forte (86 %) et les 55 à 64 ans ceux chez qui la proportion est la plus faible (77 %). Les Canadiens qui n'ont pas terminé leurs études secondaires accueillent moins favorablement cet énoncé que les autres (tableau 7). Pour ce qui est des différences entre les provinces, une seule d'entre elles se distingue des autres en enregistrant un taux très nettement au-dessus de la moyenne nationale de 82 % : il s'agit de Terre-Neuve où 91 % des répondants sont d'accord avec l'énoncé.

Quatre-vingt-un pour cent de tous les Canadiens se sont dits d'accord avec l'énoncé selon lequel « avant de fumer en présence d'autres personnes, les fumeurs devraient leur en demander la permission »; plus de non-fumeurs (85 %) que de fumeurs (72 %) sont de cet avis. De la même manière, plus de femmes (86 %) que d'hommes (76 %) abondent dans ce sens (tableaux 5 et 6).

On ne constate aucune différence liée à l'âge dans l'appui accordé à cet énoncé. Par contre, la proportion des réponses favorables est plus élevée chez les plus instruits (tableau 7). En outre, à l'échelle provinciale, un net consensus se dégage parmi les répondants, exception faite du Québec, où l'appui accordé à l'énoncé est un peu moindre (tableau 8).

Un Canadien sur trois estime que « la plupart des non-fumeurs ne sont pas ennuyés lorsque d'autres personnes fument en leur présence ». Plus de fumeurs (37 %) que de non-fumeurs (22 %) sont de cet avis (tableau 5). Plus d'hommes (29 %) que de femmes (26 %) abondent dans ce sens. En dépit de quelques différences liées à l'âge, on ne constate pas de rapport clair entre cette croyance et l'âge des répondants. Le taux d'acceptation de l'énoncé est lié au niveau d'instruction — 30 % des répondants les moins instruits acceptent l'énoncé comparativement à 21 % chez les plus instruits. La population de Terre-Neuve appuie davantage cet énoncé (37 %) que celle de l'Ontario, du Québec, de la Colombie-Britannique ou du Nouveau-Brunswick (tableau 8).

Un Canadien sur deux se dit en désaccord avec l'énoncé voulant que « les gens s'inquiètent outre mesure des problèmes de santé du fait que d'autres personnes fument en leur présence ». Les personnes qui abondent dans ce sens sont plus souvent des non-fumeurs (56 %) que des fumeurs (38 %) et des hommes (45 %) que des femmes (43 %) (tableaux 5 et 6). Les jeunes sont plus largement d'accord avec cet énoncé que les répondants plus âgés (tableau 6), tout comme les Canadiens dont le niveau d'instruction ne va pas au-delà de l'élémentaire l'appuient davantage que leurs compatriotes plus instruits (tableau 7). Ainsi, tandis que chez les 15 à 24 ans une personne sur deux appuie la proposition (48 %), chez les 65 ans et plus la proportion n'est plus que d'une personne sur trois (36 %).

On constate d'importantes différences entre les provinces. C'est au Québec que le pourcentage des répondants qui appuient la proposition est le plus élevé (59 %) et en Colombie-Britannique où il est le plus faible (33 %).

Analyse

Tendances dans l'usage du tabac

L'usage du tabac au Canada est surveillé de près depuis les années 1960. L'Enquête sur la main-d'oeuvre canadienne[2] (EMO) et l'Enquête Santé Canada[3] (ESC) revêtent un intérêt particulier puisque leurs données se prêtent bien à des comparaisons avec celles de l'EPS. La première de ces enquêtes est menée par Statistique Canada et elle s'accompagne, depuis 1965, de suppléments sur l'usage du tabac par les Canadiens produits en décembre de chaque année par Santé et Bien-être social Canada. Quant à l'Enquête Santé Canada, menée en 1978-1979, elle contient entre autres des données sur l'usage du tabac chez les Canadiens.

Les échantillons des trois enquêtes (EMO, ESC et EPS) étaient assez semblables. Toutefois, les définitions de concepts et les méthodes de collecte différaient. De façon plus particulière, environ la moitié des réponses recueillies dans le cadre de l'EMO ont été obtenues auprès de tiers, ce qui se traduit probablement par une sous-estimation de l'usage du tabac, notamment chez les adolescents[1]. Un tel biais ferait paraître plus importants les déclins signalés ici et ailleurs, étant donné que les études plus récentes ne contiennent pas de données fondées sur des réponses obtenues auprès de tierces personnes.

Chez les Canadiens âgés de 15 ans et plus, la proportion des fumeurs a diminué de façon continue au cours des 20 dernières années. Tandis qu'un Canadien sur deux fumait en 1965 (50 %), la proportion est maintenant d'un sur trois (34 %). Le pourcentage des fumeurs a diminué beaucoup plus rapidement chez les hommes au cours de cette période (moins 20 %) que chez les femmes (moins 1 %). En conséquence de cette tendance différentielle, le pourcentage global des fumeurs chez les hommes et les femmes est maintenant presque égal, tandis qu'en 1965 un écart de 31 % séparait les deux sexes.

Au cours des cinq dernières années, la diminution dans la proportion des fumeurs a été supérieure à la moyenne nationale de 3 % dans trois provinces, à savoir : le Nouveau-Brunswick (−7 %), l'Alberta (−4 %) et le Québec (−3,7 %). Il semble que le Manitoba et la Saskatchewan soient les deux seules provinces où la proportion des fumeurs soit demeurée stable ou ait augmenté quelque peu pendant cette période. On ne peut toutefois considérer ce résultat comme définitif, étant donné les différences entre les deux enquêtes.

Si l'on compare les données de l'ESC de 1979 et celles de l'EPS, on constate que c'est parmi les répondants qui n'ont pas terminé leurs études secondaires que la baisse du pourcentage de fumeurs est la plus forte (−19 %). Au second rang viennent les plus instruits, c'est-à-dire les répondants qui ont un diplôme d'études post-secondaires (−7 %).

Répercussions sur le plan des politiques

Il est encourageant pour les organismes et les particuliers qui s'intéressent à la lutte anti-tabac de constater que la proportion globale des fumeurs qui avouent faire usage du tabac continue de baisser, bien que moins rapidement qu'au cours des 15 années précédentes. Bien qu'il soit prématuré d'affirmer qu'il y a un ralentissement de cette tendance, on peut supposer que nous sommes arrivés à un point au-delà duquel les changements deviennent plus difficiles à obtenir. À ce stade-ci, il faudra faire des efforts concertés additionnels et avoir recours à une approche claire et globale.

Les résultats de l'EPS confirment que la proportion des fumeurs dans la population a baissé de façon beaucoup plus marquée chez les hommes que chez les femmes au cours des 20 dernières années. Bien que le pourcentage de fumeurs ait été plus élevé chez les hommes au départ, les données de l'EPS et celles d'autres études récentes donnent à entendre que jusqu'à maintenant les programmes d'éducation sanitaire traditionnels n'ont pas atteint les femmes de façon efficace. Bien que nous soyons maintenant mieux renseignés que jamais sur les méfaits du tabac, les enquêtes montrent que près de 50 % des femmes âgées de 20 à 29 ans sont des fumeuses habituelles. Il faudra qu'on déploie de nouveaux efforts en vue d'explorer les raisons qui incitent les femmes à fumer et de mettre au point des programmes efficaces de prévention et d'aide aux personnes qui veulent cesser de fumer. La politique en matière de santé doit tenir compte des facteurs sociaux qui entrent en jeu dans l'usage du tabac par les femmes, tels que les pratiques publicitaires, les disparités dans les salaires et les revenus, les pressions sociales incitant les femmes à vouloir être « minces », et le recours au tabac comme mécanisme d'adaptation à diverses sources de stress liées à des changements dans les rôles, à la pauvreté et au fait d'être parent unique.

De la même façon, on devrait accorder une place prioritaire à la mise au point et à la mise en oeuvre de nouvelles approches conçues pour les groupes à faible revenu et adaptées à leurs besoins. Bien qu'il soit encourageant de constater que la plus forte diminution du nombre de fumeurs soit parmi les moins instruits, il reste que c'est chez les Canadiens à faible revenu qu'on continue d'enregistrer le pourcentage le plus élevé de fumeurs.

Divers facteurs, allant de la propriété qu'a le tabac de créer l'assuétude aux images sociales rattachées à l'usage du tabac, font que les gens continuent de fumer même lorsqu'ils sont renseignés sur les conséquences de l'usage du tabac et s'ils souhaitent cesser de fumer. Voilà pourquoi il importe de continuer à mener des activités de prévention et à déployer des efforts concertés.

Il ressort de la section sur les « croyances entourant l'usage du tabac » que les Canadiens, en très grande majorité, sont convaincus des méfaits du tabac et endossent les messages mis de l'avant par le mouvement anti-tabac. Cette constatation indique peut-être que le temps est venu, étant donné qu'on dispose maintenant d'un très large appui populaire, de resserrer encore plus les mesures de contrôle du tabac.

Bien que deux Canadiens sur trois ne fument pas, seulement le tiers d'entre eux ont déjà demandé à quelqu'un de s'abstenir de fumer en leur présence au cours de l'année écoulée, et seulement la moitié des fumeurs se sont vu adresser une telle demande. Les méfaits de la fumée « résiduelle » étant maintenant connus, on devrait accorder une place prioritaire à la mise en place de programmes visant à informer le public des risques pour la santé associés à l'exposition involontaire à la fumée de tabac et encourager les nonfumeurs à affirmer davantage leur désir de vivre dans un environnement exempt de fumée.

À cet égard, le lieu de travail revêt une importance particulière, étant donné que les gens peuvent s'y retrouver contraints de vivre dans un environnement enfumé. Bien que près de 90 % des Canadiens soient exposés à la fumée au moins par endroits dans leur lieu de travail et que 82 % d'entre eux estiment que l'usage du tabac devrait faire l'objet de certaines restrictions, seulement 41 % de tous les travailleurs canadiens ont accès à un endroit où l'usage du tabac est prohibé, et seulement 7 % travaillent dans un environnement où il est interdit de fumer. Les données de l'enquête n'indiquent pas clairement si les aires exemptes de fumée se situent là même où les gens travaillent ou dans un espace réservé au « repos », tel que la cafétéria, auquel cas, les travailleurs sont exposés à la fumée des autres pendant la plus grande partie de leur journée de travail.

Étant donné l'importance accordée à la santé au travail ces dernières années et compte tenu du fait que le travail n'est pas une activité discrétionnaire, on devrait accorder une place hautement prioritaire aux programmes et mesures visant à limiter l'usage du tabac dans le lieu de travail.

En conclusion, les efforts constants déployés par divers organismes gouvernementaux et non gouvernementaux ont eu un effet positif sur l'usage du tabac. À en juger par les données dont on dispose, il semble qu'on peut maintenant resserrer les mesures de contrôle du tabac et compter pour ce faire sur un appui populaire massif. Toutefois, il semble aussi qu'il sera plus difficile qu'auparavant de marquer des points dans la lutte contre le tabac. Bien que l'on continue de noter des progrès dans la création d'un environnement exempt de fumée, beaucoup reste à faire. Efforts coordonnés, approche globale, politiques et programmes cohérents, voilà autant de facettes du plan d'action requis.

Bibliographie

1. **W.J. Millar**. « Smoking prevalence among Canadian adolescents: A comparison of survey estimates ». *Canadian Journal of Public Health*, vol. 76 (1985), p. 33-37.

2. **Santé et Bien-être social Canada**. *L'usage du tabac au Canada, 1965-1979*. Ottawa, Direction de la promotion de la santé (série de rapports techniques, no 9), décembre 1980.

3. **Santé et Bien-être social Canada et Statistique Canada**. *La santé des Canadiens : rapport de l'Enquête Santé Canada*. Ottawa, Ministre des Approvisionnements et Services Canada (no de catalogue 82-538), 1981.

TABLEAU 1 : **USAGE DU TABAC SELON L'ÂGE ET LE SEXE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985**

		FUMEURS (% de la population totale)		
	Total (en milliers)	Total	Fumeurs habituels	Fumeurs occasionnels
Population totale de 15 ans et plus	19 611	33,8	30,1	3,7
Hommes	9 623	35,6	31,6	4,0
Femmes	9 989	32,1	28,6	3,4
ÂGE				
15-24	4 333	35,2	30,1	5,1
H	2 203	34,7	29,7	5,0
F	2 130	35,8	30,6	5,2
25-34	4 476	39,8	35,6	4,2
H	2 225	42,3	37,3	5,0
F	2 250	37,3	33,9	3,4*
35-44	3 529	36,2	32,5	3,7
H	1 769	37,3	33,5	3,8*
F	1 760	35,0	31,5	3,6*
45-54	2 520	35,7	33,4	2,2*
H	1 263	38,3	36,5	1,8*
F	1 257	33,1	30,3	2,6*
55-64	2 306	29,9	26,2	3,7*
H	1 108	33,2	28,4	4,8*
F	1 199	26,8	24,0	2,8*
65 et plus	2 446	18,7	16,9	1,8*
H	1 054	19,7	17,9	1,8*
F	1 392	18,0	16,1	1,8*

* forte variabilité d'échantillonnage

TABLEAU 2 : **USAGE DU TABAC, SELON LE NIVEAU D'INSTRUCTION ET LE REVENU, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985**

		FUMEURS (% de la population totale)		
	Population (en milliers)	Total	Fumeurs habituels	Fumeurs occasionnels
NIVEAU D'INSTRUCTION				
Études secondaires ou moins	12 636	37,2	33,0	4,2
Quelques années d'études post-secondaires	2 487	35,4	34,0	1,3*
Études post-secondaires	4 368	23,6	19,9	3,6
QUINTILE DE REVENU				
Population totale de 15 ans et plus	19 611	33,8	30,1	3,7
Inférieur	2 826	35,9	32,3	3,6
Deuxième	2 437	36,3	33,4	3,0
Troisième	2 614	36,7	33,1	3,5
Quatrième	2 179	33,4	29,3	4,0
Supérieur	2 513	36,0	32,7	3,3

* forte variabilité d'échantillonnage

TABLEAU 3 : **USAGE DU TABAC, PAR PROVINCE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985**

		FUMEURS (% de la population totale)		
	Population (en milliers)	Total	Fumeurs habituels	Fumeurs occasionnels
Toutes les provinces	19 611	33,8	30,1	3,7
Hommes	9 623	35,6	31,6	4,0
Femmes	9 989	32,1	28,6	3,4
Terre-Neuve	423	39,9	33,3	6,6
Î.-P.-É.	96	33,3	29,4	3,8*
Nouvelle-Écosse	681	35,0	32,3	2,6*
Nouveau-Brunswick	544	31,4	28,1	3,2*
Québec	5 148	39,0	35,3	3,7
Ontario	7 096	31,7	28,0	3,7
Manitoba	818	34,6	29,7	4,9*
Saskatchewan	759	29,5	27,6	1,9*
Alberta	1 762	33,1	28,3	4,7
C.-B.	2 267	29,6	26,5	3,0*
Yukon	17	40,4	34,7	5,3

* forte variabilité d'échantillonnage

TABLEAU 4 : **« EST-IL INTERDIT DE FUMER DANS VOTRE LIEU DE TRAVAIL. . . », POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985**

	Total	Fumeurs	Non-fumeurs
Population totale de 15 ans et plus (en milliers)	19 611	6 630	12 981
Réponses :			
Partout (%)	3,7	3,0	4,1
Certains endroits (%)	21,6	22,9	20,9
Nulle part (%)	26,6	30,1	24,7
Je l'ignore / pas de réponse (%)	48,1	44,0	50,3

TABLEAU 5 : **OPINIONS CONCERNANT L'USAGE DU TABAC, SELON LA CONSOMMATION DE TABAC, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985**

	Total	Fumeurs	Non-fumeurs
Population totale de 15 ans et plus (en milliers)	19 611	6 630	12 981
Réponses :			
« Les enfants sont plus enclins à fumer si leurs parents sont des fumeurs »			
D'accord (%)	70,1	62,6	74,1
Pas d'accord (%)	25,8	34,0	21,7
Sans opinion / pas de réponse (%)	4,1	3,4	4,1
« Les gens s'inquiètent outre mesure des problèmes de santé du fait que d'autres personnes fument en leur présence »			
D'accord (%)	44,4	54,6	38,8
Pas d'accord (%)	49,4	37,8	55,5
Sans opinion / pas de réponse (%)	6,6	7,6	5,8
« La plupart des non-fumeurs ne sont pas ennuyés lorsque d'autres personnes fument en leur présence »			
D'accord (%)	27,3	37,2	22,4
Pas d'accord (%)	66,8	55,8	72,6
Sans opinion / pas de réponse (%)	5,9	7,0	5,1
« Les femmes ne devraient pas fumer lorsqu'elles sont enceintes »			
D'accord (%)	90,7	87,0	92,8
Pas d'accord (%)	3,5	6,4	2,0
Sans opinion / pas de réponse (%)	5,8	6,7	4,2
« Il faudrait fournir aux non-fumeurs un endroit exempt de fumée de tabac là où ils travaillent »			
D'accord (%)	82,0	78,4	84,0
Pas d'accord (%)	12,7	15,7	11,2
Sans opinion / pas de réponse (%)	5,4	5,9	4,8
« Avant de fumer en présence d'autres personnes les fumeurs devraient leur en demander la permission »			
D'accord (%)	80,8	72,4	85,4
Pas d'accord (%)	14,6	21,9	10,9
Sans opinion / pas de réponse (%)	4,6	5,7	3,8
« Fumer aide à rester mince »			
D'accord (%)	21,5	29,5	17,5
Pas d'accord (%)	65,8	62,1	67,9
Sans opinion / pas de réponse (%)	12,7	8,4	14,6

TABLEAU 6 : **OPINIONS CONCERNANT L'USAGE DU TABAC, SELON L'ÂGE ET LE SEXE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985**

ÂGE	« Les enfants sont plus enclins à fumer si leurs parents sont des fumeurs »	« Les gens s'inquiètent outre mesure des problèmes de santé du fait que d'autres personnes fument en leur présence »	« La plupart des non-fumeurs ne sont pas ennuyés lorsque d'autres personnes fument en leur présence »	« Les femmes ne devraient pas fumer lorsqu'elles sont enceintes »	« Il faudrait fournir aux non-fumeurs un endroit exempt de fumée de tabac là où ils travaillent »	« Avant de fumer en présence d'autres personnes, les fumeurs devraient leur en demander la permission »	« Fumer aide à rester mince »
	D'accord (%)	D'accord (%)	D'accord (%)	D'accord (%)	D'accord (%)	D'accord (%)	D'accord (%)
Tous les âges	70.1	44.1	27.3	90.7	82.0	80.8	21.5
Hommes	72.8	45.0	29.2	89.3	79.6	75.9	23.3
Femmes	67.5	43.1	25.6	92.0	84.2	85.5	19.8
15-24	75.2	48.3	27.2	94.0	86.4	80.5	15.9
H	78.5	50.9	29.1	93.0	84.5	74.6	17.3
F	71.8	45.6	25.1	95.0	88.4	86.6	14.4
25-34	73.8	43.6	26.8	92.3	82.0	77.2	16.4
H	77.3	46.8	29.4	91.7	79.0	71.2	16.5
F	70.3	40.5	24.3	93.0	85.0	83.1	16.3
35-44	70.6	46.8	24.9	91.2	82.4	81.1	24.8
H	74.8	46.4	26.3	89.9	77.7	76.8	25.9
F	66.4	47.1	23.5	92.5	87.1	85.5	23.7
45-54	64.9	41.9	29.0	89.1	79.9	82.8	28.1
H	64.0	40.3	32.1	84.2	79.0	78.7	34.1
F	65.8	43.5	25.9	94.1	80.8	87.0	22.1
55-64	65.6	44.3	30.0	88.5	76.7	82.4	27.7
H	68.8	44.5	31.7	89.4	75.2	78.2	29.5
F	62.7	44.2	28.4	87.7	78.0	86.2	26.0
65 et plus	63.3	35.5	27.9	84.8	80.5	84.1	23.6
H	62.7	32.8	27.6	81.7	79.5	81.4	26.7
F	63.8	37.5	28.2	87.2	81.4	86.1	21.2

TABLEAU 7 : **OPINIONS CONCERNANT L'USAGE DU TABAC, SELON LE NIVEAU D'INSTRUCTION, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985**

NIVEAU D'INSTRUCTION	Population totale de 15 ans et plus (en milliers)	« Les enfants sont plus enclins à fumer si leurs parents sont des fumeurs »	« Les gens s'inquiètent outre mesure des problèmes de santé du fait que d'autres personnes fument en leur présence »	« La plupart des non-fumeurs ne sont pas ennuyés lorsque d'autres personnes fument en leur présence »	« Les femmes ne devraient pas fumer lorsqu'elles sont enceintes »	« Il faudrait fournir aux non-fumeurs un endroit exempt de fumée de tabac là où ils travaillent »	« Avant de fumer en présence d'autres personnes, les fumeurs devraient leur en demander la permission »	« Fumer aide à rester mince »
		D'accord (%)	D'accord (%)	D'accord (%)	D'accord (%)	D'accord (%)	D'accord (%)	D'accord (%)
Études secondaires ou moins	12 630	67,4	48,7	29,8	89,2	79,8	78,8	23,1
Quelques années d'études post-secondaires	2 484	73,2	37,1	26,7	91,8	86,4	82,2	19,0
Études post-secondaires	4 368	76,3	34,7	20,7	94,7	85,7	86,0	18,1

TABLEAU 8 : **OPINIONS CONCERNANT L'USAGE DU TABAC, PAR PROVINCE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985**

PROVINCE	Population totale de 15 ans et plus (en milliers)	« Les enfants sont plus enclins à fumer si leurs parents sont des fumeurs »	« Les gens s'inquiètent outre mesure des problèmes de santé du fait que d'autres personnes fument en leur présence »	« La plupart des non-fumeurs ne sont pas ennuyés lorsque d'autres personnes fument en leur présence »	« Les femmes ne devraient pas fumer lorsqu'elles sont enceintes »	« Il faudrait fournir aux non-fumeurs un endroit exempt de fumée de tabac là où ils travaillent »	« Avant de fumer en présence d'autres personnes, les fumeurs devraient leur en demander la permission »	« Fumer aide à rester mince »
		D'accord (%)	D'accord (%)	D'accord (%)	D'accord (%)	D'accord (%)	D'accord (%)	D'accord (%)
Terre-Neuve	423	74,7	43,9	36,8	94,3	90,6	86,8	26,2
Î.-P.-É.	96	72,9	32,4	26,5	90,6	84,8	80,5	19,0
Nouvelle-Écosse	681	73,2	34,6	28,3	88,7	84,7	80,8	20,4
Nouveau-Brunswick	544	74,1	37,9	26,4	92,1	83,6	81,1	23,8
Québec	5 148	64,8	59,2	26,2	91,2	79,8	74,0	18,9
Ontario	7 096	73,0	40,1	26,1	90,2	80,7	80,8	24,3
Manitoba	818	68,3	42,3	35,6	90,5	82,9	85,3	21,7
Saskatchewan	759	70,7	40,9	32,2	92,3	82,9	85,1	18,5
Alberta	1 762	69,4	41,5	29,0	90,6	83,8	85,7	22,0
C.-B.	2 267	71,2	30,6	26,2	90,1	85,3	86,3	18,2
Yukon	17	70,6	38,0	32,3	89,9	80,6	82,3	20,1

TABLEAU 9 : « CROYEZ-VOUS QU'UNE PERSONNE QUI RENONCE AU TABAC APRÈS AVOIR ÉTÉ UN GROS FUMEUR PENDANT 10 ANS RÉDUIT LES RISQUES DE CONTRACTER UNE MALADIE LIÉE À L'USAGE DU TABAC. . . », SELON L'ÂGE ET LE SEXE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985

	Total (en milliers)	Dans une large mesure (%)	Modérément (%)	Un petit peu (%)	Pas du tout (%)	Je l'ignore (%)
Population totale de 15 ans et plus	19 611	32,1	30,3	16,8	11,4	9,1
Hommes	9 623	33,9	29,2	16,3	12,2	8,4
Femmes	9 989	30,5	31,5	17,2	10,6	9,9
ÂGE						
15-24	4 333	26,5	33,7	22,1	13,2	4,4
H	2 203	31,9	28,6	21,9	13,4	4,2
F	2 130	20,9	39,1	22,3	13,0	4,6
25-34	4 476	30,9	34,2	17,5	10,2	6,8
H	2 225	31,5	33,9	16,0	10,5	8,0
F	2 250	30,4	34,5	18,9	9,4	5,7
35-44	3 529	43,0	28,9	12,1	8,9	7,1
H	1 769	45,4	28,1	11,5	8,5	6,6
F	1 760	40,5	29,7	12,7	9,4	7,7
45-54	2 520	34,1	28,7	16,5	9,7	10,7
H	1 263	32,4	26,8	17,4	11,6	11,8
F	1 257	35,8	30,6	15,7	7,8	9,6
55-64	2 306	35,9	25,2	14,0	12,3	12,2
H	1 108	35,9	26,5	13,3	12,9	11,2
F	1 199	35,9	24,0	14,6	11,6	13,1
65 et plus	2 446	23,2	25,8	15,7	15,2	20,1
H	1 054	23,2	28,0	15,4	19,7	13,7
F	1 392	23,2	24,1	15,9	11,8	24,9

TABLEAU 10 : « CROYEZ-VOUS QU'UNE PERSONNE QUI RENONCE AU TABAC APRÈS AVOIR ÉTÉ UN GROS FUMEUR PENDANT 10 ANS RÉDUIT LES RISQUES DE CONTRACTER UNE MALADIE LIÉE À L'USAGE DU TABAC. . . », SELON L'USAGE DU TABAC, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985

	Total	Fumeurs	Non-fumeurs
Population totale de 15 ans et plus (en milliers)	19 611	6 630	12 981
Réponses :			
Réduit les risques de contracter une maladie			
Dans une large mesure (%)	32,1	30,7	33,0
Modérément (%)	30,3	27,2	32,0
Un petit peu (%)	16,8	17,4	16,5
Pas du tout (%)	11,4	16,7	8,7
Je l'ignore / pas de réponse (%)	9,4	8,1	9,8

4

La consommation d'alcool

Florence Andrews
Département de sociologie et d'anthropologie
Université Carleton

Remerciements : Nous tenons à remercier Rod Riley de Statistique Canada et Irving Rootman de la Direction de la promotion de la santé qui ont lu et commenté le présent chapitre.

Points saillants

- La plupart des Canadiens boivent modérément. Environ 20 % de la population ne boit pas. Quant aux personnes qui consomment des boissons alcoolisées, leur consommation moyenne est de cinq verres par semaine.
- De façon générale, on compte davantage de buveurs dans l'ouest du pays que dans l'est. En outre, les consommateurs d'alcool de l'Ouest sont de plus gros buveurs que ceux de l'Est.
- La grande majorité (87 %) des personnes qui consomment de l'alcool le font de deux à trois fois par semaine ou moins.
- Les hommes sont plus nombreux à boire que les femmes et ils boivent davantage qu'elles. Chez les jeunes (15 à 19 ans et 20 à 24 ans), toutefois, l'écart entre les sexes pour ce qui est du pourcentage de personnes qui consomment des boissons alcoolisées est négligeable.
- Parmi les buveurs, hommes ou femmes, ce sont les plus jeunes et les plus âgés qui consomment le moins d'alcool.
- C'est chez les hommes célibataires, séparés ou divorcés qu'on retrouve le plus de gros buveurs.
- On compte plus de buveurs parmi les travailleurs rémunérés que chez les personnes qui ne reçoivent pas de rémunération. C'est dans le groupe des hommes à la recherche d'un emploi qu'on relève la plus forte proportion de buveurs qui prennent 15 consommations ou plus par semaine. Chez les femmes, ce sont les cols bleus qui sont les plus fortement représentées dans la catégorie des consommateurs de « 15 verres ou plus ».
- Pour les hommes comme pour les femmes, le revenu est associé à une consommation supérieure d'alcool, tant pour ce qui est de la proportion des buveurs que de la quantité d'alcool consommée.
- En général, les personnes qui n'entretiennent pas de contacts sociaux réguliers ne consomment pas d'alcool ou ont déclaré n'avoir consommé aucune boisson alcoolisée au cours de la semaine ayant précédé l'enquête.
- Plus de la moitié des Canadiens déclarent avoir des amis qui boivent trop. Plus une personne consomme d'alcool, plus elle est susceptible de déclarer avoir des amis qui boivent trop.
- Bien que les Canadiens considèrent l'alcool comme un problème qui exige une intervention de la part du gouvernement, très peu d'entre eux estiment qu'ils ont eux-mêmes un problème d'alcool ou qu'ils ont besoin de plus d'information sur l'alcool.
- Les résultats semblent indiquer une tolérance assez forte à l'égard de l'ivresse, 40 % des répondants se disant d'accord avec l'énoncé selon lequel « la plupart des gens ne voient aucun mal à ce que l'on s'enivre de temps à autre ».
- Moins de 1 % des répondants déclarent avoir réduit leur consommation d'alcool au cours de l'année ayant précédé l'enquête ou avoir l'intention de la réduire au cours de l'année suivant l'enquête.
- Les résultats de cette enquête sont comparables à ceux de l'Enquête Santé Canada de 1978-1979. Cette similarité ajoute au crédit de ces nouvelles données.

Introduction

Il est reconnu depuis longtemps que la consommation d'alcool est un comportement qui peut influer sur la santé ainsi que sur le bien-être social et économique. Voilà pourquoi plusieurs questions de l'Enquête Promotion Santé ont trait aux comportements, aux attitudes et aux croyances en ce qui concerne la consommation de boissons alcoolisées. L'estimation de la consommation d'alcool est fondée sur les réponses à diverses questions concernant le nombre de verres consommés au cours des sept jours précédant l'enquête (questions 36 à 40; voir l'annexe B). Vous trouverez ci-après une description des réponses ainsi qu'une analyse du type de réponses fournies par rapport aux caractéristiques démographiques des répondants. Vient ensuite une analyse du rapport entre les habitudes de consommation d'alcool, d'une part, et l'autoévaluation de l'état de santé et l'activité sociale, d'autre part, après quoi sont décrites les croyances concernant l'alcool et l'usage qu'en font les Canadiens. Quant à la question de l'alcool au volant, elle est traitée au chapitre 8, sur « La sécurité routière ».

Tout au long de cette analyse, l'expression « buveurs actuels » désigne ceux qui ont indiqué avoir pris des boissons alcoolisées, quelles qu'elles soient, au cours de l'année écoulée. Cette définition diffère de celle qui avait cours dans l'enquête sur la santé des Canadiens (1981), où la désignation « buveurs habituels » s'appliquait aux personnes consommant des boissons alcoolisées au moins une fois par mois.

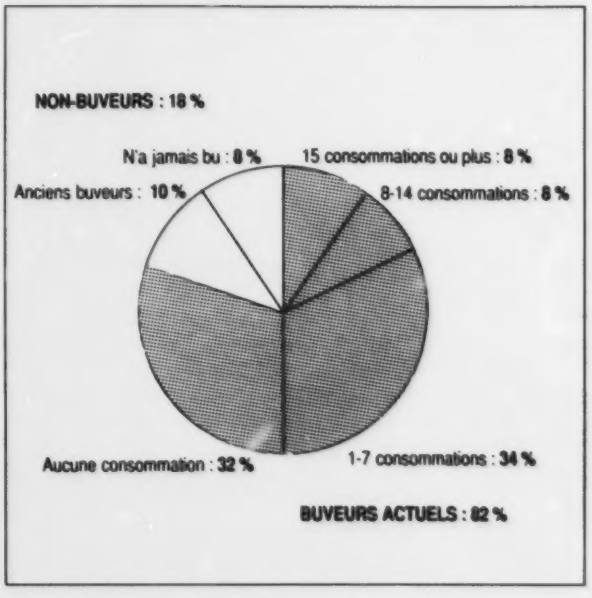
Dans toute enquête sur les habitudes de consommation d'alcool, la principale préoccupation a nécessairement trait à la fiabilité des réponses fournies. Dans la présente enquête, on a utilisé des questions types et on a assuré les répondants de la confidentialité des résultats ce qui, nous croyons, est plus convaincant dans le cas d'une enquête téléphonique. Néanmoins, il peut y avoir une sous-estimation impossible à quantifier dans la présente enquête, comme dans d'autres d'ailleurs, de la quantité d'alcool consommée de même que de la fréquence de la consommation. Cela ne devrait cependant pas empêcher d'établir des comparaisons entre divers groupes. Le taux de non-réponse est toutefois rassurant à cet égard, il s'établit en effet à moins de 1 % et n'est pas indiqué dans les tableaux.

Puisque la consommation d'alcool est liée à l'âge et au sexe, le fait que les populations provinciales ne soient pas normalisées peut influer sur certaines des comparaisons entre ces groupes. Toutefois, comme cela est expliqué à l'annexe A, l'effet est sans doute relativement négligeable. L'absence de normalisation des données se répercutera aussi sur d'autres comparaisons, entre les personnes veuves et les célibataires par exemple, aussi doit-on garder ce fait présent à l'esprit au moment d'interpréter les constatations.

Prévalence de la consommation d'alcool

Dans l'ensemble de la population, 81 % des personnes âgées de 15 ans et plus ont consommé de l'alcool pendant l'année qui a précédé l'enquête; 8 % n'ont jamais bu d'alcool et 10 % sont d'anciens buveurs (figure A). Selon les résultats de l'enquête, une grande majorité des buveurs consomment des boissons alcoolisées avec modération. Près du tiers d'entre eux n'ont pas pris d'alcool du tout pendant la semaine précédant l'enquête, et 41 % ont bu moins de 15 consommations pendant cette période. Environ 8 % de l'ensemble de la population a bu 15 consommations ou plus pendant la semaine de référence (tableau 1). Chez les buveurs actuels, la consommation moyenne pendant la semaine de l'enquête était de 5 verres : 7 pour les hommes et 3 pour les femmes (tableau 2).

FIGURE A : **QUANTITÉ D'ALCOOL CONSOMMÉE AU COURS DE LA SEMAINE PRÉCÉDANT L'ENQUÊTE, SELON LE GENRE DE BUVEUR, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985**



Pour ce qui est de la fréquence de l'usage, 87 % des Canadiens qui consomment de l'alcool déclarent en boire trois fois par semaine ou moins (figure A).

Variation selon les groupes de répondants

De façon générale, le pourcentage des buveurs par province s'accroît de l'Est à l'Ouest, l'Île-du-Prince-Édouard comptant la plus faible proportion de buveurs actuels et le Yukon, la plus forte (tableau 1). L'Ontario déroge à cette règle de la progression de l'Est à l'Ouest de l'usage, puisque cette province vient au

deuxième rang pour le pourcentage des buveurs actuels et au troisième pour la proportion des personnes ayant bu 15 consommations ou plus pendant la semaine précédant l'enquête. Le volume d'alcool consommé par les buveurs indique aussi que les consommateurs d'alcool de l'Ouest boivent davantage que ceux de l'Est. L'estimation du nombre moyen de consommations par semaine montre qu'au Québec et dans les provinces de l'Atlantique, les niveaux de consommation par habitant sont inférieurs à la moyenne nationale. Les taux de consommation enregistrés dans les autres provinces, sauf en Saskatchewan et en Alberta, sont supérieurs à la moyenne nationale (tableau 2).

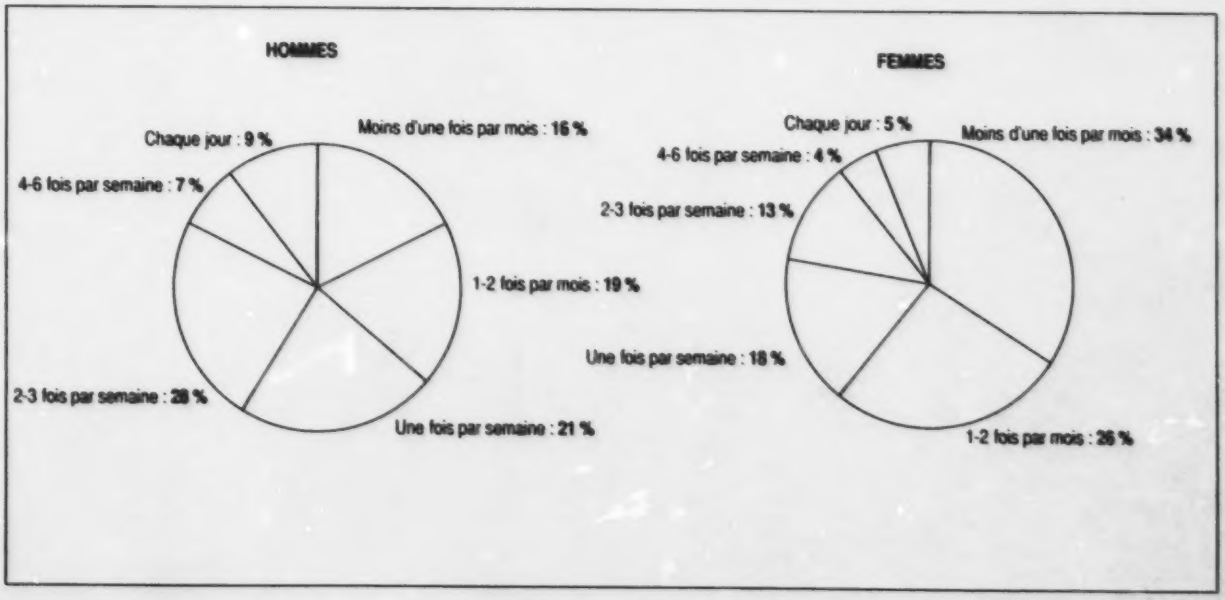
Sexe et âge

On compte plus de buveurs parmi les hommes que chez les femmes, en outre les hommes boivent plus souvent et davantage que les femmes, et ce sans égard à l'âge (tableau 3 et figure B). Chez les Canadiens âgés de 15 ans et plus, 86 % des hommes et 77 % des femmes comptent parmi les buveurs actuels. Cet écart de 9 % dans la population totale n'est cependant pas uniforme dans tous les groupes d'âge. De façon générale, cet écart s'accroît avec l'âge. Négligeable chez les jeunes, l'écart devient en effet considérable chez les personnes âgées : tandis que chez les 15 à 19 ans et les 20 à 24 ans, les taux enregistrés pour les hommes ne sont supérieurs à ceux des femmes que de 1 % et 2 % respectivement, chez les 55 à 64 ans et les 65 ans et plus, l'écart entre les sexes s'établit à 8 % et 31 % respectivement. Les 25 à 34 ans représentent cependant une exception digne de mention dans cette progression. Dans ce groupe d'âge, en effet, la proportion des buveurs est de près de 10 % plus élevée chez les hommes que chez les femmes. Parmi les personnes de tous les âges qui consomment actuellement de l'alcool, les femmes sont plus nombreuses que les hommes dans la catégorie des buveurs de sept consommations ou moins au cours de la semaine avant l'enquête. En revanche, la proportion des hommes parmi les gros buveurs (22 consommations ou plus au cours de la semaine) dépasse très nettement celle des femmes.

Pour les deux sexes, on constate une relation inverse entre l'âge et la proportion des buveurs actuels. À l'exception d'une augmentation de 11 % chez les jeunes âgés de 20 à 24 ans (92 %) par rapport au groupe des 15 à 19 ans (81 %), la proportion diminue de façon continue avec l'âge (figures B et C).

Chez les buveurs actuels, les groupes pour qui le nombre moyen de consommations au cours de la semaine précédant l'enquête est le plus faible sont les plus jeunes et les plus âgés (figure C). Il est clair, en outre, que la quantité d'alcool consommée est beaucoup plus grande chez les hommes que chez les femmes et ce pour tous les groupes d'âge.

FIGURE B : **FRÉQUENCE DE LA CONSOMMATION D'ALCOOL CHEZ LES BUVEURS ACTUELS, SELON LE SEXE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985**



État matrimonial et taille du ménage

C'est chez les célibataires (personnes qui n'ont jamais été mariées) que l'on compte la plus forte proportion de buveurs actuels alors que les veufs et veuves constituent le groupe parmi lequel la proportion est la plus faible. Les hommes célibataires, séparés ou divorcés, sont pour leur part les groupes les plus largement représentés dans la catégorie des gros buveurs. Cette remarque s'applique plus particulièrement aux hommes séparés ou divorcés, dont 10 % ont bu 28 consommations ou plus au cours de la semaine avant l'enquête (tableau 4).

On dénombre beaucoup moins de buveurs dans les ménages qui ne comptent qu'une seule personne que les ménages composés de deux personnes ou plus. Ce résultat tient au fait que les femmes qui vivent seules sont, pour toutes les catégories de ménages, le groupe qui compte la plus faible proportion de buveurs actuels. Les hommes qui vivent seuls ou avec deux autres personnes contribuent substantiellement à la catégorie des buveurs actuels et sont de plus surreprésentés dans la catégorie des gros buveurs (données non fournies).

Niveau d'instruction et revenu

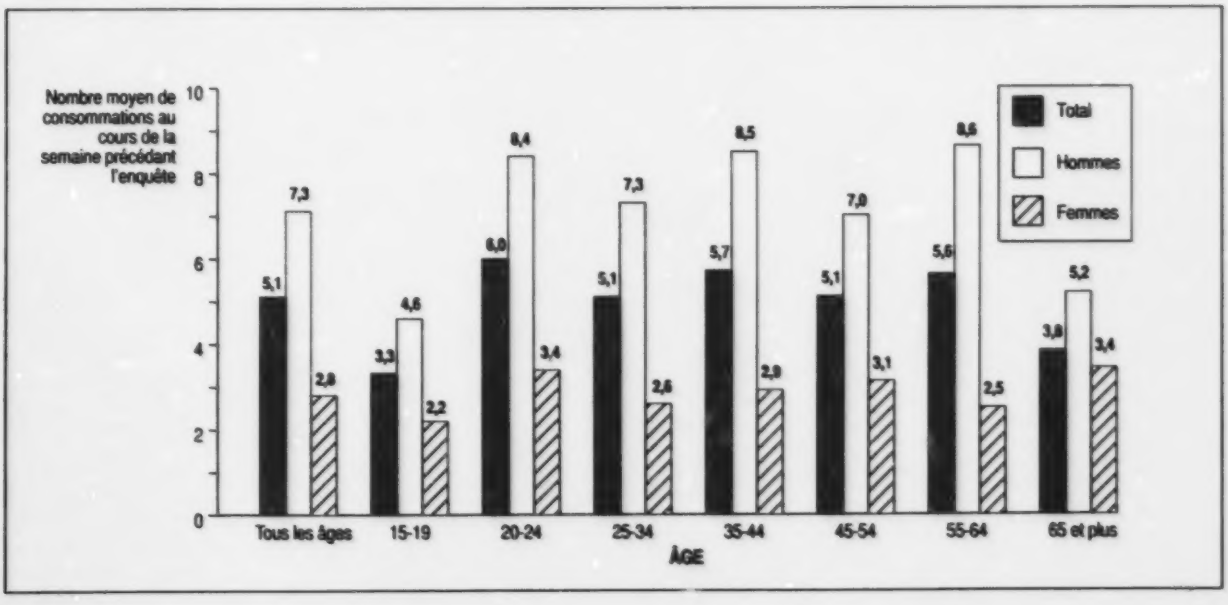
Les Canadiens qui ont fait des études secondaires ou moins sont le groupe qui compte le plus faible pourcentage de buveurs actuels et chez qui l'écart entre les sexes pour ce qui est du pourcentage des buveurs est le plus important. Le groupe pour lequel l'écart entre les sexes est le plus faible est celui des personnes qui ont terminé leurs études secondaires. Ce groupe, de catégorie intermédiaire pour le niveau d'instruction, est aussi celui qui compte la plus forte proportion de gros buveurs et ce, pour les deux sexes (tableau 5).

Il existe un rapport direct entre le revenu et la proportion des buveurs actuels : de façon générale, plus le quintile de revenu est élevé, plus le pourcentage des buveurs est élevé, à cette réserve près que le taux enregistré est légèrement moindre au cinquième quintile qu'au quatrième. Pour ce qui est de l'écart entre les sexes dans la proportion des personnes qui font usage d'alcool, il diminue à mesure qu'augmente le revenu, passant de 11 % au premier quintile à moins de 1 % au cinquième (tableau 6). Par ailleurs, la proportion des Canadiens qui ont bu 15 consommations ou plus au cours de la semaine précédant l'enquête est considérablement moindre aux deux quintiles inférieurs qu'aux trois quintiles supérieurs. Pour les hommes comme pour les femmes, il semble que le revenu soit associé à la consommation accrue d'alcool.

Activité économique

Dans l'ensemble, les retraités sont, et de loin, le groupe qui compte le plus grand pourcentage de buveurs actuels. Exception faite des personnes dont l'activité principale est de tenir maison (des femmes

FIGURE C : **BUVEURS ACTUELS : NOMBRE MOYEN DE CONSOMMATIONS AU COURS DE LA SEMAINE PRÉCÉDANT L'ENQUÊTE, SELON L'ÂGE ET LE SEXE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985**



surtout), on constate peu d'écart entre les groupes des autres catégories d'activité, dans la proportion des buveurs actuels ou des gros buveurs (tableau 7).

Le groupe des salariés compte un plus fort pourcentage de buveurs que celui des personnes qui ne reçoivent pas de rémunération. Dans le groupe des travailleurs rémunérés, les écarts entre les catégories d'emploi pour ce qui est du pourcentage de buveurs actuels sont négligeables. C'est la catégorie des employés de direction et des professionnels qui compte le pourcentage le plus élevé de buveurs actuels. À l'intérieur de cette catégorie, la proportion des hommes et des femmes qui boivent est à toutes fins utiles identique (tableau 8). C'est parmi les hommes à la recherche d'un emploi (tableau 7) qu'on enregistre la plus forte proportion de cas de personnes ayant bu 15 consommations ou plus au cours de la semaine précédente (20 %). Du côté des femmes, ce sont les cols bleus qui sont les plus nombreuses (8 %) à avoir bu 15 consommations ou plus dans les 7 jours avant l'enquête (tableau 8).

Relations sociales

Outre les rapports établis dans la partie démographique ci-dessus, d'autres aspects de la vie sociale sont liés à la consommation d'alcool.

Nombre d'amis

Les répondants étaient invités à indiquer le nombre de personnes, parents compris, qu'ils fréquentaient régulièrement à titre amical (Q. 66). Comme le montre le tableau 9, les personnes isolées socialement (qui déclarent n'avoir aucun contact social régulier) sont plus susceptibles que les personnes de toute autre catégorie sociale d'être soit des abstinents à vie soit d'anciens buveurs. À part les non-buveurs, la moitié des personnes qui déclarent ne fréquenter personne régulièrement à titre amical indiquent aussi n'avoir consommé aucune boisson alcoolisée au cours de la semaine précédente. Abstraction faite de cette tendance, on ne constate aucun lien évident entre le nombre de contacts et le volume d'alcool consommé.

Amis qui boivent à l'excès

On a demandé aux répondants d'indiquer combien de leurs amis buvaient à l'excès (Q. 68). Les réponses proposées étaient « aucun », « quelques-uns », « environ la moitié », « la plupart ou tous ». Selon les données recueillies, la majorité des Canadiens (53 %) sont témoins de cas de consommation excessive d'alcool. Dans deux groupes seulement, celui des non-buveurs et celui des anciens buveurs, une majorité de répondants déclarent n'avoir pas d'amis qui boivent trop. Comme le montre le tableau 10, il existe un lien passablement fort entre les différents types de buveurs et les déclarations des répondants concernant le nombre de leurs amis qui boivent trop. Plus la consommation d'alcool au cours de la semaine précédant l'enquête a été importante, plus la probabilité est élevée que le répondant déclare estimer que quelques-uns au moins de ses amis boivent trop.

Attitudes, croyances et intentions

Les Canadiens reconnaissent que l'alcool est un problème. Sur une échelle de 1 à 10, dans laquelle 1 signifie que la question n'est « pas du tout importante » et 10, qu'elle est « extrêmement importante », 70 % des membres de l'échantillon ont évalué à 8, 9 ou 10 l'importance d'une intervention du gouvernement en vue de régler les problèmes liés à l'alcool (Q. 79). (Pour plus d'information sur ces résultats, voir le tableau 6, au chapitre 15.) Comme nous l'avons déjà mentionné, la plupart des Canadiens indiquent qu'ils sont directement exposés à des problèmes liés à l'alcool, la moitié d'entre eux déclarant qu'au moins « quelques-unes » des personnes qu'ils fréquentent à titre amical boivent à l'excès. Toutefois, seule une très faible proportion des Canadiens considèrent avoir eux-mêmes un problème d'alcool : 4 % déclarent que leur conjoint boit trop et moins de 1 % estiment que réduire leur consommation d'alcool serait la chose la plus importante qu'ils pourraient faire pour améliorer leur propre état de santé. Qui plus est, seulement 4 % des Canadiens adultes déclarent avoir personnellement besoin de plus d'information sur l'alcool (tableau 4, chapitre 15).

TABLEAU A : **ATTITUDES ET CROYANCES CONCERNANT LA CONSOMMATION D'ALCOOL, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985**

	D'accord (%)	Pas d'accord (%)	Sans opinion (%)
« Boire modérément peut être bon pour la santé »	43	50	7
« Lors de sorties ou de réceptions, je me sens souvent obligé(e) de prendre un verre, même si je n'en ai guère l'envie »	22	76	2
« La plupart des buveurs n'éprouvent pas de problèmes de santé par suite de leur consommation d'alcool »	20	68	12
« La plupart des gens ne voient aucun mal à ce que l'on s'enivre de temps à autre »	40	52	7
« J'aime mieux payer un taxi que de voir un(e) ami(e) conduire après avoir bu »	95	2	2

Les avis sont partagés en ce qui concerne les effets positifs de l'alcool sur la santé (tableau A). Néanmoins, la plupart des gens pensent apparemment que

les buveurs risquent d'avoir des problèmes de santé. (Il est possible, toutefois, qu'il y ait eu méprise sur le sens du mot « buveur », certains répondants ayant pu croire qu'on désignait par ce terme les personnes qui boivent à l'excès). Tandis que 40 % des Canadiens semblent penser qu'il n'y a aucun mal à ce que quelqu'un s'enivre de temps à autre, seulement 22 % d'entre eux sentent qu'une pression sociale les pousse à boire même lorsqu'ils n'en ont pas envie. De façon très majoritaire, les répondants ont indiqué qu'ils aiment mieux payer un taxi que de voir un ami conduire après avoir bu.

Un très faible pourcentage (1 %) des Canadiens déclarent qu'ils ont réduit leur consommation d'alcool au cours de l'année écoulée, qu'ils ont l'intention de le faire au cours de l'année à venir ou qu'ils estiment devoir le faire pour mieux surmonter le stress ou pour améliorer leur état de santé (voir chapitre 15, tableaux 2, 3, 5).

Analyse

Tendances

On trouvera au tableau B une comparaison des données actuelles et de celles de l'ESC[1] de 1978-1979 concernant les divers types de buveurs.

Les données des deux enquêtes indiquent des taux similaires de consommation d'alcool dans la population canadienne au cours d'une période de sept ans. Les légers changements dans les pourcentages donnent à entendre que plus de gens ont fait l'expérience de l'alcool, mais qu'en même temps plus de gens ont cessé de boire ou réduit la fréquence de leur consommation. Il importe toutefois de demeurer prudent dans l'interprétation de ces constatations, car il n'est pas impossible que le faible écart entre les taux enregistrés soit en partie attribuable à des différences sur le plan de l'échantillonnage. La similarité des résultats des deux enquêtes semble témoigner de la fiabilité des deux séries de données. Qui plus est, une grande majorité des répondants qui font usage d'alcool déclarent que leur consommation au cours de la semaine avant l'enquête représente leur consommation habituelle (tableau B).

Interprétation

D'une certaine façon, on devrait considérer les données de l'EPS comme des résultats préliminaires, puisque les données sur l'usage de l'alcool se présentent actuellement sous la forme de tableaux à deux entrées, présentation qui a pour objet de rendre la communication des résultats plus claire et de fournir des données à ceux qui voudraient faire des recherches plus poussées. Considérons, par exemple, les liens très nets qui existent entre l'usage de l'alcool, d'une part, et l'âge et le sexe, d'autre part. Même s'il n'était pas possible d'utiliser ces facteurs en tant que variables de contrôle d'un bout à l'autre de l'analyse, il demeure raisonnable de penser qu'ils auraient modifié de façon importante d'autres rapports. Ainsi, les personnes âgées, et plus spécialement les femmes âgées, ont des revenus plus faibles. Le rapport entre le revenu et la consommation d'alcool deviendrait donc moins important si l'on introduisait l'âge et le sexe comme variables de contrôle.

Fait intéressant, c'est que les buveurs actuels, y compris ceux qui déclarent boire à l'excès, se disent plus riches et plus sociables que les non-buveurs. La consommation d'alcool est une habitude sociale bien établie. Par conséquent, pour la majorité de la population, boire régulièrement mais modérément peut signifier une participation active à la vie sociale. Si cela est vrai, le fait de s'abstenir peut indiquer le contraire. Des études épidémiologiques ont démontré que la courbe qui représente la relation entre la morbidité / la mortalité et la consommation d'alcool est en forme de U : les taux de morbidité et de mortalité des non-buveurs et des gros buveurs sont plus élevés que ceux des personnes qui boivent modérément[2,3,4]. Bien que les hommes qui boivent excessivement soient souvent sur-représentés dans les groupes des personnes sans travail, divorcées ou séparées, pour plusieurs raisons possibles les résultats indiquent peu de problèmes de santé ou autres difficultés sociales liés à la consommation excessive d'alcool. Premièrement, l'enquête n'a pas été conçue dans le but d'évaluer des problèmes d'alcool particuliers; aussi dans une enquête sur la population, si on veut identifier les personnes qui se trouvent aux prises avec des problèmes d'alcool, en général, il ne suffit pas de poser des questions sur la quantité d'alcool consommée et la fréquence de consommation. Il faut ajouter d'autres questions. Deuxièmement, cette enquête a évalué les comportements et les attitudes à un moment particulier. La consommation excessive d'alcool n'influe sur le bien-être physique, mental et social qu'avec le temps. Il est donc

TABLEAU B : **GENRES DE BUVEURS, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1978-1979 ET 1985**

	1978-1979	1985
GENRE DE BUVEUR		
N'a jamais bu	12 %	8 %
Ancien buveur (avait l'habitude de consommer de l'alcool, mais n'en a pas consommé au cours des 12 mois précédant l'enquête)	4 %	10 %
Buveur occasionnel (consomme de l'alcool moins d'une fois par mois, mais en a consommé au cours des 12 mois précédant l'enquête)	15 %	20 %
Buveur (désigné « buveur habituel » dans *La santé des Canadiens*; consomme de l'alcool au moins une fois par mois)	65 %	61 %
Inconnu	4 %	moins de 1 %

fort probable qu'une proportion substantielle des gros buveurs actuels aient des incapacités physiques ou des difficultés sociales dans l'avenir. Qui plus est, il se peut qu'un bon nombre d'anciens buveurs aient eu des problèmes d'alcool dans le passé.

Bibliographie

1. **Santé et Bien-être social Canada et Statistique Canada**. *La santé des Canadiens : rapport de l'Enquête Santé Canada*. Ottawa, ministre des Approvisionnements et Services Canada (no de catalogue 82-538E), 1981.

2. **R.J. Glynn et al.** « Changes in Alcohol Consumption Behaviors among Men in the Normative Aging Study. » dans *Nature and Extent of Alcohol Problems Among the Elderly*. G. Maddox, L.N. Robbins et N. Rosenberg (éditeurs). New York, Springer Publishing Company, 1986, p. 101-116.

3. **A.L. Kratsky** *et al.* « Alcohol and Mortality: A Ten-Year Kaiser-Permanente Experience ». *Annals of Internal Medicine*, vol. 143 (1983), p. 1366-1374.

4. **M.G. Marmot** *et al.* « Alcohol and Mortality: A U-Shaped Curve ». *Lancet*, vol. 1 (1981), p. 580-583.

TABLEAU 1 : **GENRE DE BUVEUR ET NOMBRE DE CONSOMMATIONS AU COURS DE LA SEMAINE PRÉCÉDANT L'ENQUÊTE, PAR PROVINCE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985**

	Population totale (en milliers)	Non-buveurs		Nombre total de buveurs actuels	Aucune consommation	1-7 consommations	8-14 consommations	15-21 consommations	22-28 consommations	28 consommations ou plus
		N'a jamais bu	Ancien buveur							
Canada	(%)	7,7	10,4	81,4	31,5	33,5	7,9	4,4*	1,6*	2,4*
	19 611	1 512	2 040	15 962	6 175	6 574	1 557	857	320	479
Terre-Neuve	(%)	10,3	13,9	74,8	31,5	29,0	–	–	–	–
	423	43	59	316	133	123	–	–	–	–
Î.-P.-É.	(%)	17,5	13,9	68,3	31,6	27,8	–	–	–	–
	96	17	13	66	30	27	–	–	–	–
N.-É.	(%)	13,0	12,6	73,5	29,7	27,3	–	–	–	–
	681	89	86	501	202	186	–	–	–	–
N.-B.	(%)	12,4	16,4	69,8	34,4	24,2	–	–	–	–
	544	67	89	380	187	132	–	–	–	–
Québec	(%)	11,5	11,1	77,0	31,2	33,7	–	–	–	–
	5 148	594	570	3,963	1,603	1,733	–	–	–	–
Ontario	(%)	5,6	8,8	85,2	35,2	31,8	–	–	–	–
	7 096	401	622	6,044	2,495	2,255	–	–	–	–
Manitoba	(%)	5,0	12,2	82,4	28,8	36,0	–	–	–	–
	818	41	100	675	236	295	–	–	–	–
Saskatchewan	(%)	6,5	9,9	83,4	33,0	32,4	–	–	–	–
	759	49	76	633	250	246	–	–	–	–
Alberta	(%)	6,7	9,6	83,0	28,7	37,3	9,3*	–	–	–
	1 762	118	169	1,463	506	658	163	–	–	–
C.-B.	(%)	4,1	11,2	84,2	23,2	40,3	–	–	–	–
	2 267	93	254	1 908	526	914	–	–	–	–
Yukon	(%)	–	9,5	87,3	27,9	37,4	12,7	5,7	3,0*	–
	17	–	2	15	5	6	2	1	1	–

* forte variabilité d'échantillonnage
– ne peuvent être diffusées

TABLEAU 2 : NOMBRE MOYEN DE CONSOMMATIONS ET L'ÉCART DANS LE NOMBRE MOYEN DE CONSOMMATIONS ENTRE LES HOMMES ET LES FEMMES QUI SONT DES BUVEURS ACTUELS, PAR PROVINCE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985

		Nombre moyen de consommations par semaine	Écart entre les hommes et les femmes (nombre moyen de consommations par semaine)
Canada		5,10	4,53
	Hommes	7,29	
	Femmes	2,76	
Terre-Neuve		4,63	4,60
	H	6,77	
	F	2,17	
I.-P.-É.		3,38	2,87
	H	4,72	
	F	1,85	
Nouvelle-Écosse		5,05	3,57
	H	6,68	
	F	3,11	
Nouveau-Brunswick		3,94	4,60
	H	6,09	
	F	1,49	
Québec		4,61	4,62
	H	6,84	
	F	2,22	
Ontario		5,17	4,56
	H	7,42	
	F	2,86	
Manitoba		5,50	4,75
	H	7,82	
	F	3,06	
Saskatchewan		4,85	4,50
	H	6,98	
	F	2,48	
Alberta		5,01	3,90
	H	6,90	
	F	3,00	
C.-B.		6,25	5,02
	H	8,64	
	F	3,62	
Yukon		6,08	3,35
	H	7,67	
	F	4,32	

TABLEAU 3 : **GENRE DE BUVEUR ET NOMBRE DE CONSOMMATIONS AU COURS DE LA SEMAINE PRÉCÉDANT L'ENQUÊTE, SELON L'ÂGE ET LE SEXE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985**

ÂGE		Non-buveurs		Nombre total de buveurs actuels	Aucune consommation	1-7 consommations	8-14 consommations	15-21 consommations	22-28 consommations	28 consommations ou plus	Nombre moyen de consommations par semaine
		N'a jamais bu	Ancien buveur								
Tous les âges	19 611	7.7%	10.4%	81.4%	31.5%	33.5%	7.9%	4.3%	1.6%	2.4%	5.1
Hommes	9 623	463	900	8 236	2 497	3 280	1 088	664	270	437	
		4.8%	9.4%	85.6%	26.0%	34.1%	11.3%	6.9%	2.8%	4.5%	7.3
Femmes	9 982	1 049	1 140	7 726	3 677	3 293	469	–	–	–	–
		10.5%	11.4%	77.4%	36.8%	33.0%	4.6%	–	–	–	2.8
15-19	1 957	9.4	9.3	81.2	40.8	30.8	2.9*	3.1*	1.9*	1.4*	3.3*
H	1 001	7.5	10.5	81.8	38.9	29.0	14.1	3.7*	3.5*	2.7*	4.6*
F	956	11.4	8.0*	80.6	42.9	33.0	–	2.6*	–	–	–
20-24	2 376	2.9*	5.1	91.8	33.8	36.7	9.1	5.5	1.8*	4.9	6.0
H	1 202	2.5*	4.5*	93.0	30.3	30.7	12.9	8.3	2.5*	8.2	8.4
F	1 174	3.3*	5.8*	90.6	37.4	42.8	5.3*	2.5*	–	–	3.4
25-34	4 476	3.7	6.6	88.8	33.5	36.8	9.9	4.2	2.1	2.3	5.1
H	2 225	2.2*	4.2	93.6	24.8	39.4	15.3	7.1	2.9*	4.1	7.3
F	2 250	5.2	9.0	84.0	42.1	34.3	4.5	1.4*	1.2*	–	2.6*
35-44	3 529	5.9	6.9	87.0	26.4	41.9	8.4	4.5	2.3*	3.5	5.7
H	1 769	3.4*	7.3	89.0	21.0	38.1	11.4	7.2	4.4*	6.9	8.5
F	1 760	8.3	6.4	85.1	31.9	45.7	5.5	1.8*	–	–	2.9
45-54	2 520	8.2	11.3	80.3	29.7	31.3	11.8	5.3	1.1*	1.2*	5.1
H	1 263	5.0*	12.0	82.9	18.9	37.3	14.1	8.8	2.0*	1.7*	7.0
F	1 257	11.5	10.5	77.7	40.5	25.2	9.5	1.8*	–	–	3.1*
55-64	2 300	10.7	17.4	71.1	30.3	25.0	–	4.5	1.0*	2.5*	5.6
H	1 108	7.0*	17.4	75.4	22.1	29.3	11.1	5.8*	2.1*	5.0*	8.6
F	1 199	14.0	17.4	67.1	37.8	22.9	3.0*	3.2*	–	–	2.5*
65 et plus	2 446	17.7	21.0	60.6	28.3	24.0	3.5	3.5	–	0.9*	3.8
H	1 094	10.2	16.0	72.3	31.8	26.1	4.6*	6.4*	–	2.0*	5.2*
F	1 392	23.4	24.3	51.8	25.6	22.3	2.6*	–	–	–	3.4*

* forte variabilité d'échantillonnage
– ne peuvent être diffusées

TABLEAU 4 : **GENRE DE BUVEUR ET NOMBRE DE CONSOMMATIONS AU COURS DE LA SEMAINE PRÉCÉDANT L'ENQUÊTE, SELON L'ÉTAT MATRIMONIAL ET LE SEXE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985**

ÉTAT MATRIMONIAL		Non-buveurs		Buveurs actuels	Aucune consommation	1-7 consommations	8-14 consommations	15-21 consommations	22-28 consommations	28 consommations ou plus
		N'a jamais bu (%)	Ancien buveur (%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
Marié(e) / union libre										
Total	12 074	7,4	10,5	81,5	30,8	34,9	8,2	4,1	1,5	2,0
Hommes	5 984	4,8	10,2	84,8	24,7	35,8	11,6	6,7	2,5	3,6
Femmes	6 089	10,0	10,8	78,2	36,8	34,0	4,9	1,7	0,4*	0,4*
Célibataire										
T	5 327	7,0	6,6	86,3	33,2	34,5	8,3	4,7	2,2	3,6
H	2 972	5,0	6,4	88,3	33,1	31,8	11,1	6,3	3,2	5,9
F	2 354	9,4	6,8	83,7	37,1	37,9	4,6	2,6*	0,9*	–
Veuf / veuve										
T	1 189	17,9	24,3	57,2	33,1	17,9	2,0*	3,3*	–	–
H	247	8,2*	24,2	67,5	28,5	21,8	–	8,0*	–	–
F	943	20,4	24,3	54,5	34,3	16,9	–	–	–	–
Séparé(e) / divorcé(e)										
T	1 017	2,9*	13,0	83,3	29,1	30,9	10,0	6,9*	–	4,4*
H	418	–	9,7*	87,9	13,5	34,3	12,2	13,8	–	10,1*
F	499	–	15,3	80,2	39,9	28,6	8,5*	–	–	–

* forte variabilité d'échantillonnage
– ne peuvent être diffusées

TABLEAU 5 : **GENRE DE BUVEUR ET NOMBRE DE CONSOMMATIONS AU COURS DE LA SEMAINE PRÉCÉDANT L'ENQUÊTE, SELON LE NIVEAU D'INSTRUCTION ET LE SEXE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985**

NIVEAU D'INSTRUCTION		Non-buveurs		Buveurs actuels	Aucune consommation	1-7 consommations	8-14 consommations	15-21 consommations	22-28 consommations	28 consommations ou plus
		N'a jamais bu (%)	Ancien buveur (%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
Total	17 201	7,7	10,4	81,4	31,5	33,5	7,9	4,4	1,6	2,4
Études secondaires ou moins										
Total	11 257	9,3	12,7	77,2	31,0	29,9	8,0	4,4	1,4	2,5
Hommes	5 275	5,3	11,9	82,4	23,8	32,0	12,0	7,2	2,4	4,9
Femmes	5 981	12,9	13,4	72,7	37,4	28,0	4,4	2,0	0,5*	–
Quelques années d'études post-secondaires										
T	1 902	3,7*	7,1	89,0	32,1	37,4	8,9	3,5*	2,9*	4,2*
H	994	2,3*	7,7*	90,0	27,0	35,7	10,7	5,0*	5,2*	6,4*
F	908	5,3*	6,4*	87,9	37,7	39,3	7,0*	–	–	–
Études post-secondaires										
T	4 043	5,0	6,5	88,4	28,8	42,1	9,2	9,1	1,6*	1,6*
H	2 142	4,1	4,3	91,6	24,4	42,3	12,0	7,6	2,4*	2,8*
F	1 901	6,1	8,9	84,9	33,7	41,8	6,1	2,4*	–	–

* forte variabilité d'échantillonnage
– ne peuvent être diffusées

TABLEAU 6 : **GENRE DE BUVEUR ET NOMBRE DE CONSOMMATIONS AU COURS DE LA SEMAINE PRÉCÉDANT L'ENQUÊTE, SELON LE REVENU ET LE SEXE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985**

QUINTILE DE REVENU		Non-buveurs		Buveurs actuels	Aucune consommation	1-7 consommations	8-14 consommations	15-21 consommations	22-28 consommations	28 consommations ou plus
		N'a jamais bu (%)	Ancien buveur (%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
Total	19 611	7,7	10,4	81,4	31,5	33,5	7,9	4,4	1,6	2,4
Inférieur										
Total	3 826	9,4	18,0	72,2	32,6	26,9	6,9	3,5	0,8*	1,5*
Hommes	1 215	6,0*	19,2	78,5	27,9	31,5	9,0	5,8*	1,8*	2,5*
Femmes	2 611	11,9	20,1	67,5	36,2	23,5	5,4	1,8*	–	–
Deuxième										
T	4 437	8,0	11,3	80,4	32,1	30,2	10,4	5,0	–	2,0
H	2 306	5,8	10,4	83,8	22,9	32,9	15,7	7,6	1,0*	3,7
F	2 132	10,6	12,3	76,5	42,8	27,1	4,3	2,1*	–	–
Troisième										
T	4 614	3,4	6,7	88,8	31,6	35,6	9,2	6,9	2,7	2,9
H	2 438	2,3*	5,5	92,1	25,4	35,8	12,4	10,4	3,6	4,5
F	2 176	4,9	8,2	84,8	39,1	35,3	5,4	2,6*	1,5*	–
Quatrième										
T	3 179	2,8	4,7	92,3	33,6	36,9	8,2	7,0	3,0	3,6
H	2 283	1,4*	5,7	92,9	30,6	33,6	9,6	9,7	3,8	5,7
F	895	4,8*	3,4*	91,4	38,0	41,7	6,3*	3,0*	–	–
Supérieur										
T	3 513	2,7	7,6	89,5	27,5	39,1	11,3	5,0	2,3*	4,2
H	2 384	2,4*	7,5	89,8	20,9	36,0	15,1	6,5	4,1	7,3
F	1 129	3,1*	7,7	89,1	35,8	42,8	6,7	3,2*	–	–

* forte variabilité d'échantillonnage
– ne peuvent être diffusées

TABLEAU 7 : **GENRE DE BUVEUR ET NOMBRE DE CONSOMMATIONS AU COURS DE LA SEMAINE PRÉCÉDANT L'ENQUÊTE, SELON LE SEXE ET L'ACTIVITÉ PRINCIPALE AU COURS DES 12 MOIS PRÉCÉDANT L'ENQUÊTE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985**

ACTIVITÉ PRINCIPALE		Non-buveurs		Buveurs actuels	Aucune consommation	1-7 consommations	8-14 consommations	15-21 consommations	22-28 consommations	28 consommations ou plus
		N'a jamais bu (%)	Ancien buveur (%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)	(%)
Total	19 611	7,1	10,4	81,4	31,5	33,5	7,9	4,4	1,6	2,4
Au travail										
Total	10 414	4,4	7,2	87,9	29,4	37,4	10,8	4,6	2,2	3,5
Hommes	6 402	3,1	7,1	89,6	24,7	37,4	13,1	6,2	3,0	5,3
Femmes	4 012	6,4	7,3	85,2	36,9	37,5	7,2	2,0*	0,8*	0,8*
À la recherche d'un emploi										
T	976	5,8*	11,0	83,0	25,1	33,5	11,0	8,8	3,0*	–
H	616	6,2*	12,4	81,2	18,0	28,3	14,6	13,3	4,2*	–
F	360	–	8,5*	86,1	37,2	42,3	–	–	–	–
Aux études										
T	2 300	7,9	8,5	83,5	37,7	33,1	4,9	3,6*	1,7*	2,4*
H	1 175	6,1*	8,6	85,1	36,6	27,3	7,5	6,0*	3,0*	4,6*
F	1 125	9,7	8,5	81,8	38,9	39,0	2,3*	–	–	–
À la retraite										
T	2 172	14,8	22,2	62,2	26,5	24,4	3,3*	6,3	–	1,3*
H	1 216	11,7	19,5	68,4	25,1	26,6	4,3*	9,3	–	2,1*
F	955	18,7	25,7	54,4	28,3	21,5	–	2,5*	–	–
Au foyer										
T	3 425	13,7	12,8	73,0	38,6	28,3	3,5	2,0*	–	–
H	35	–	–	88,3	23,5	54,6	–	–	–	–
F	3 390	13,8	12,9	72,8	38,8	28,0	34,4	2,0*	–	–

* forte variabilité d'échantillonnage
– ne peuvent être diffusées

TABLEAU 8 : **GENRE DE BUVEUR ET NOMBRE DE CONSOMMATIONS AU COURS DE LA SEMAINE PRÉCÉDANT L'ENQUÊTE, SELON LA CATÉGORIE D'EMPLOI ET LE SEXE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985**

CATÉGORIE D'EMPLOI		Non-buveurs								
		N'a jamais bu (%)	Ancien buveur (%)	Buveurs actuels (%)	Aucune consommation (%)	1-7 consommations (%)	8-14 consommations (%)	15-21 consommations (%)	22-28 consommations (%)	28 consommations ou plus (%)
Gestionnaires / professionnels										
Total	3 209	3.2	6.2	90.4	29.1	41.2	9.5	5.4	1.9*	3.2
Hommes	1 928	2.6*	5.9	91.2	24.5	39.3	10.8	8.4	2.8*	5.1
Femmes	1 281	4.2*	6.0	89.1	35.5	44.1	7.6	–	–	–
Autres cols blancs										
T	3 723	5.8	6.7	86.6	31.4	38.3	10.0	3.4	1.3*	2.2*
H	1 452	3.8*	4.7*	91.4	23.5	41.2	15.0	5.2*	2.3*	4.2*
F	2 271	7.0	8.0	83.5	36.4	36.4	6.9	2.2*	–	1.0*
Cols bleus										
T	3 367	4.0	8.8	86.8	27.2	32.8	13.1	5.2	3.5	5.1
H	2 936	3.5	9.2	87.6	24.8	34.4	13.7	5.4	3.5	5.7
F	432	10.1*	6.3*	82.0	43.8	21.9	8.6*	–	–	–
À la recherche d'un emploi										
T	976	5.8*	11.0	83.0	25.1	33.5	11.0	8.8	3.0*	–
H	616	6.2*	12.4	81.2	18.0	28.3	14.6	13.3	4.2*	–
F	360	–	8.5*	86.1	37.2	42.3	–	–	–	–
Aux études / à la retraite / au foyer / autre										
T	8 079	12.2	14.4	72.9	34.8	28.5	4.0	3.6	0.8*	1.2
H	2 566	8.8	14.3	76.6	30.5	27.5	6.2	7.2	1.9*	3.3
F	5 513	13.7	14.5	71.2	36.2	29.0	2.9	2.0	–	–

* forte variabilité d'échantillonnage
– ne peuvent être diffusées

TABLEAU 9 : **GENRE DE BUVEUR ET NOMBRE DE CONSOMMATIONS AU COURS DE LA SEMAINE PRÉCÉDANT L'ENQUÊTE, SELON LE NOMBRE DE PERSONNES FRÉQUENTÉES SOCIALEMENT DE FAÇON RÉGULIÈRE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985**

NOMBRE DE PERSONNES FRÉQUENTÉES SOCIALEMENT DE FAÇON RÉGULIÈRE	Total	Non-buveurs		Buveurs actuels (%)	Aucune consommation (%)	1-7 consommations (%)	8-14 consommations (%)	15-21 consommations (%)	22-28 consommations (%)	28 consommations ou plus (%)
		N'a jamais bu (%)	Ancien buveur (%)							
Total	19 611	7.1	10.4	81.4	31.5	33.5	7.9	4.4	1.6	2.4
Aucune personne	116	20.7	14.1	65.3	52.1	–	–	–	–	–
1-7 personnes	3 941	7.7	10.6	81.2	32.7	34.3	7.3	3.0	1.5*	2.4
8-10 personnes	3 787	8.5	12.1	79.1	29.4	34.1	7.9	4.7	1.4*	1.6*
11-20 personnes	6 323	7.3	9.2	82.8	32.3	34.0	8.1	4.4	1.8*	2.3
21-30 personnes	2 476	6.3	10.3	83.1	33.1	31.6	8.6	4.2	2.1*	3.4
31 personnes ou plus	2 735	7.2	10.9	81.4	29.3	32.0	8.7	6.6	1.4*	3.4
Pas de réponse	234	20.4	–	73.3	22.5	47.4	–	–	–	–

* forte variabilité d'échantillonnage
– ne peuvent être diffusées

TABLEAU 10 : **GENRE DE BUVEUR ET NOMBRE DE CONSOMMATIONS AU COURS DE LA SEMAINE PRÉCÉDANT L'ENQUÊTE, SELON LE NOMBRE D'AMIS QUI « BOIVENT À L'EXCÈS », POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985**

NOMBRE D'AMIS QUI, SELON LES RÉPONDANTS, BOIVENT À L'EXCÈS		Total (%)	Non-buveurs		Buveurs actuels (%)	Aucune consommation (%)	1-7 consommations (%)	8-14 consommations (%)	15-21 consommations (%)	22-28 consommations (%)	28 consommations ou plus (%)
			N'a jamais bu (%)	Ancien buveur (%)							
Total	(19 611)	100	7.1	10.4	81.4	31.5	33.5	7.9	4.4	1.6	2.4
Aucun	(8 672)	44.2	58.4	55.5	41.3	46.6	43.2	30.7	29.8	22.6	15.4
Quelques-uns	(8 544)	43.6	31.2	33.8	46.1	41.7	46.2	60.1	49.7	47.9	48.2
Environ la moitié	(1 298)	6.6	2.6*	5.3*	7.2	6.8	6.2	6.5	11.4	11.6	18.4
La plupart ou tous	(517)	–	–	–	–	–	–	–	6.9*	17.6	15.7
Je l'ignore / pas de réponse	(579)	–	6.9*	4.1*	–	–	–	–	–	4.8*	–

* forte variabilité d'échantillonnage
– ne peuvent être diffusées

5

L'usage de psychotropes

Pierre Lamarche* et Irving Rootman
Direction de la promotion de la santé
Santé nationale et Bien-être social Canada

Remerciements : Nous tenons à remercier les personnes suivantes qui ont gracieusement accepté de revoir une version antérieure de ce chapitre : Louise Nadeau, Université de Montréal, Reginald G. Smart, Fondation de la recherche sur l'alcoolisme et la toxicomanie de l'Ontario, ainsi que Rachel Ladouceur et Jessica Hill, Direction de la promotion de la santé.

Points saillants

- L'usage des somnifères au Canada est le plus répandu chez :
  - les personnes âgées,
  - les femmes,
  - les personnes à faible revenu,
  - les francophones,
  - les résidents du Québec et de la Colombie-Britannique, et
  - les personnes à la retraite et au foyer.
- L'usage des tranquillisants au Canada est le plus répandu chez :
  - les personnes âgées,
  - les femmes,
  - les personnes à faible revenu et à revenu élevé,
  - les francophones,
  - les Québécois, et
  - les personnes à la retraite et au foyer.
- L'usage des stimulants au Canada est le plus répandu chez :
  - les jeunes de 15 à 24 ans,
  - les hommes, et
  - les étudiants.
- L'usage du cannabis au Canada est le plus répandu chez :
  - les jeunes de 15 à 24 ans,
  - les hommes (sauf pour le groupe des 15 à 24 ans),
  - les étudiants, les personnes qui cherchent un emploi et les cols bleus,
  - les personnes ayant terminé au moins une partie de leurs études secondaires,
  - les anglophones, et
  - les résidents du Yukon, de la Colombie-Britannique et de l'Alberta.
- L'usage de la cocaïne au Canada est le plus répandu chez :
  - les jeunes,
  - les hommes,
  - les étudiants et les personnes qui cherchent un emploi,
  - les célibataires, et
  - les résidents de la Colombie-Britannique.

On note deux types de cas d'usage concomitant de plusieurs psychotropes. Dans le premier cas, on note qu'un tiers des consommateurs de somnifères prennent aussi des tranquillisants et près de 50 % des consommateurs de tranquillisants font aussi usage de somnifères. Dans le deuxième, on remarque que la presque totalité des consommateurs de cocaïne ont aussi fait usage du cannabis au cours des 12 mois précédant l'enquête. Quant aux consommateurs de cannabis, ils ont fait usage de cocaïne au cours des 12 mois précédant l'enquête dans une proportion beaucoup plus grande que celle qu'on enregistre pour le grand public. Les consommateurs de cocaïne et de cannabis consomment aussi plus de stimulants que la moyenne de la population.

---

* maintenant directeur de Domrémy – Montréal, Ste-Geneviève (Québec)

Introduction

L'Enquête Promotion Santé comportait des questions sur la consommation de médicaments et de drogues. Pour les fins de cette enquête, « le consommateur de médicaments ou de drogues » s'entend du répondant ayant signalé avoir fait usage, au moins une fois au cours des douze mois précédant l'enquête, de l'un des psychotropes suivants : somnifères, stimulants, tranquillisants, cocaïne, marijuana ou haschich. De nombreuses autres catégories de médicaments et de drogues auraient pu être ajoutées à la liste. Les six catégories retenues ont été choisies parce qu'il s'agit des six types de psychotropes les plus susceptibles d'être consommés par les membres de la population cible de l'enquête, à savoir les 15 ans et plus. Il s'agit là aussi de psychotropes ayant déjà fait l'objet d'un examen dans le cadre d'autres enquêtes menées auprès des Canadiens adultes[1], d'où la possibilité de comparer des résultats.

Les répondants étaient notamment invités à indiquer s'ils avaient ou non consommé l'un ou l'autre des psychotropes mentionnés au cours des 12 mois précédant l'enquête. Ils devaient aussi décrire les effets que produit, selon eux, la marijuana et donner des précisions sur l'usage de marijuana par leur conjoint et leurs amis; sur leur intention de réduire leur consommation de drogues ou de médicaments au cours de l'année à venir; sur le besoin de plus d'information sur la marijuana; et sur l'urgence, selon eux, d'une action de la part des gouvernements à l'égard des drogues. La plupart des questions concernant les drogues apparaissent dans le questionnaire immédiatement après les questions sur l'alcool (Q. 49-51, 69, à l'annexe B).

Des doutes ont été formulés concernant la valeur des données fournies par les répondants eux-mêmes sur leur propre consommation de drogues. Différentes études donnent à entendre que les membres de certaines populations sous-évaluent leur consommation. Toutefois, une littérature de plus en plus abondante reconnaît la valeur générale des informations fournies par les répondants eux-mêmes. De plus, si on en juge par certaines données, il semble que les réponses obtenues par le biais d'entretiens téléphoniques avec des adultes permettent d'établir des taux de consommation de drogues similaires à ceux qu'on obtient à partir des réponses fournies au cours d'entrevues personnelles[2].

Par ailleurs, la tendance à la sous-évaluation n'est peut-être pas aussi marquée dans tous les groupes. Il est possible, par exemple, qu'elle varie d'une province à l'autre en fonction des normes sociales dominantes. Aussi faut-il être prudent lorsqu'on tente d'interpréter de légers écarts dans les taux de consommation de psychotropes de divers groupes.

La catégorie « pas de réponse » ou « je l'ignore » n'apparaît pas dans les tableaux. Pour la plupart des questions, cette catégorie de réponses correspond à au plus 1 % des répondants et influe très peu sur les résultats. Une exception cependant : 17 % des répondants signalent qu'ils ne savent pas si l'usage de la marijuana a des effets sur la santé (Q. 51).

Le lecteur doit garder présent à l'esprit que les résultats ne sont pas normalisés selon diverses caractéristiques telles que l'âge, le sexe et le statut socio-économique. Aussi le rapport positif entre l'âge et l'usage de somnifères explique-t-il en grande partie la forte consommation de ce type de médicaments par les veuves, qui est signalée au tableau 2.

Drogues licites

Parmi les cinq types de psychotropes mentionnés à la Q. 49, les somnifères et les tranquillisants sont les plus largement utilisés (figure A). Comme le montre le Tableau 1, 8 % des Canadiens adultes déclarent avoir pris des somnifères au moins une fois au cours des 12 mois précédant l'enquête, tandis que 6 % d'entre eux déclarent avoir pris des tranquillisants.

Les somnifères

Comme l'indique la figure B, le recours aux somnifères s'accroît très nettement avec l'âge. Le groupe dans lequel on enregistre la plus forte proportion de consommateurs est celui des 65 ans et plus. Dans ce groupe, en effet, un Canadien sur cinq a pris des somnifères au cours des 12 mois précédant l'enquête. Les femmes de tous les âges déclarent plus souvent que les hommes en avoir pris, les plus fortes proportions de ces répondantes se retrouvant dans les groupes d'âge supérieurs (23 %).

La consommation de somnifères est plus importante chez les francophones (11 %) que chez les anglophones (8 %) et chez les Canadiens dont la langue d'usage à la maison est autre que le français ou l'anglais (6 %) (tableau 3). Les femmes francophones sont les plus nombreuses à faire usage de somnifères (14 %). Le groupe dans lequel on enregistre le taux le plus élevé de consommation de somnifères (9 %) est celui des Canadiens dont la scolarité ne va pas au-delà d'un diplôme d'études secondaires (tableau 4). Cette remarque s'applique de façon plus particulière encore aux femmes de ce groupe (11 %) (données non fournies).

Le Québec et la Colombie-Britannique sont les seules provinces dans lesquelles le pourcentage de consommateurs (11 %) est supérieur à la moyenne nationale. Dans les autres provinces, on relève des taux équivalents ou inférieurs à la moyenne nationale, et c'est Terre-Neuve qui a le taux le plus faible (tableau 5).

Une autre constatation qui concorde avec le fait que les consommateurs de somnifères se retrouvent surtout parmi les femmes et les personnes âgées est que les groupes dans lesquels on relève les taux les plus élevés de consommation de somnifères sont, les femmes retraitées (21 %), suivies par les hommes retraités (20 %) et les ménagères (12 %) (tableau 6). Si l'on considère les travailleurs salariés seulement, un groupe qui compte 5 % de consommateurs de somnifères, on constate que ce sont les cols blancs (7 %), et plus particulièrement les femmes (8 %) de ce groupe, qui recourent le plus souvent aux somnifères (tableau 7).

FIGURE A : POURCENTAGE DE LA POPULATION QUI A CONSOMMÉ LES PSYCHOTROPES CHOISIS AU COURS DES 12 MOIS PRÉCÉDANT L'ENQUÊTE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985

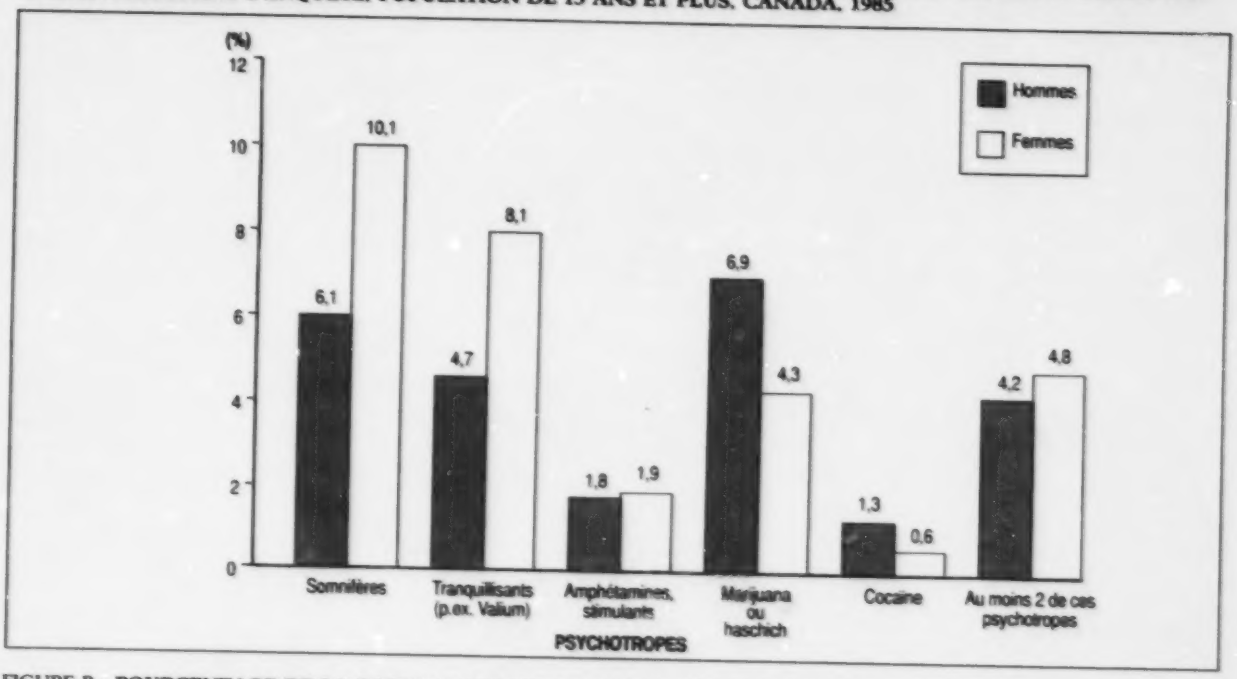
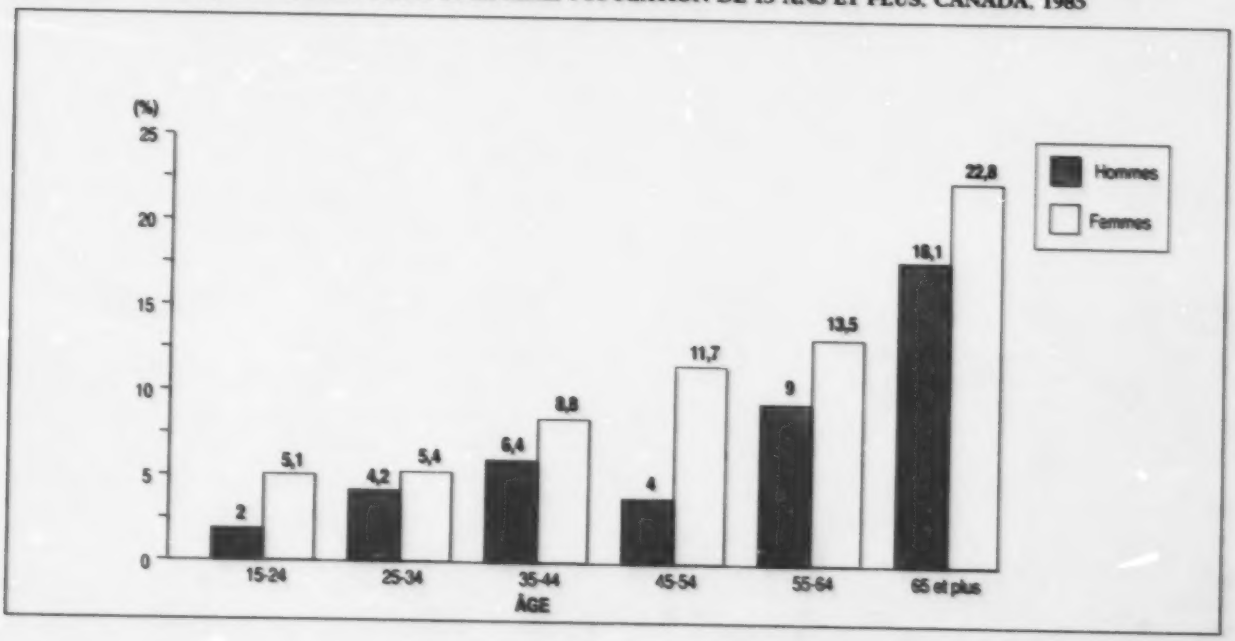


FIGURE B : POURCENTAGE DE LA POPULATION QUI A CONSOMMÉ DES SOMNIFÈRES AU COURS DES 12 MOIS PRÉCÉDANT L'ENQUÊTE, SELON L'ÂGE ET LE SEXE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985



Moins le revenu est élevé, plus la consommation de somnifères est probable. C'est en effet parmi les personnes du quintile de revenu inférieur qu'on enregistre le plus fort taux de consommation de somnifères. Cette remarque s'applique tant aux hommes (13 %) qu'aux femmes (13 %). Elle concorde de plus avec la constatation que la consommation de somnifères est plus répandue chez les femmes et les personnes âgées, chez les personnes à la retraite et celles qui sont au foyer, et donc chez les Canadiens qui ont des revenus limités (données non fournies).

Ce sont les personnes veuves qui recourent le plus aux somnifères. Dans ce groupe, en effet, plus d'une personne sur cinq déclare avoir pris des somnifères au cours des 12 derniers mois (21 % — tableau 2). De tous les répondants, ce sont les célibataires qui indiquent avoir la plus faible consommation de somnifères (5 %).

Les tranquillisants

Près d'un Canadien sur 15 a fait usage de tranquillisants au cours des 12 mois avant l'enquête (figure A). Comme pour les somnifères, l'usage est plus répandu chez les femmes que chez les hommes; en effet, près d'une Canadienne sur 12 a fait usage de tranquillisants au moins une fois au cours des 12 mois précédant l'enquête (tableau 1).

En outre, la consommation de tranquillisants s'accroît aussi avec l'âge, passant de 3 % chez les 15 à 24 ans à 12 % chez les 65 ans et plus. Cette tendance à l'augmentation de l'usage avec l'âge s'applique tant aux hommes qu'aux femmes, sauf chez les hommes de 45 à 54 ans, groupe dans lequel on enregistre un taux de consommation inférieur à celui des groupes d'âge inférieurs. Parmi tous les groupes, répartis selon l'âge et le sexe, ce sont les femmes de 65 ans et plus qui sont les plus grandes consommatrices de tranquillisants.

L'usage des tranquillisants, contrairement à celui des somnifères, ne semble pas se limiter aux couches les plus pauvres et les moins instruites de la population canadienne. Cet usage est répandu tant chez les plus instruits que chez les moins instruits (tableau 4) et tant chez les groupes à revenu élevé que chez les groupes à faible revenu (données non fournies). On relève chez les femmes des taux supérieurs à ceux des hommes, et ce dans tous les quintiles de revenus, sauf au deuxième plus élevé.

Comme pour les somnifères, là encore, la proportion des francophones (10 %) qui déclarent recourir aux tranquillisants est supérieure à celle des anglophones (6 %) ou des autres (4 %). Compte tenu et de la variable de la langue et de celle du sexe, ce sont les femmes francophones chez qui l'usage de tranquillisants est le plus répandu (13 %). De plus, toute proportion gardée, près de deux fois plus de femmes francophones que d'hommes francophones font usage de tranquillisants (7 % — tableau 3).

L'état matrimonial explique en partie la distribution de l'usage des tranquillisants au Canada. Une veuve canadienne sur six a fait usage de tranquillisants au cours de l'année écoulée (17 %). Les taux sont également élevés chez les femmes séparées ou divorcées (14 %). Près d'un homme divorcé ou séparé sur 12 fait usage de tranquillisants (8 %). Cette proportion est élevée par rapport à la moyenne nationale pour les hommes, qui est de 5 % (tableau 2).

Il n'est donc pas surprenant, à la lumière de ces constatations, que le Québec soit la province qui remporte la palme pour ce qui est du taux de consommation de tranquillisants (9 %); les Québécois comptent, en effet, pour 38 % de l'ensemble des consommateurs canadiens de tranquillisants. L'Ontario vient au deuxième rang, avec un taux de 6 %, ce qui représente 36 % des consommateurs canadiens (tableau 5).

Et comme l'usage des tranquillisants s'accroît avec l'âge, il n'est pas surprenant que le taux de consommation soit le plus élevé chez les personnes retraitées (11 %), comme pour les somnifères. Les femmes à la retraite font un usage de tranquillisants (14 %) supérieur à celui de leurs pendants de l'autre sexe (9 %). Les femmes qui sont à la recherche d'un emploi et celles qui restent à la maison déclarent aussi faire un usage de tranquillisants supérieur (14 % et 9 % respectivement) à la moyenne nationale. Parmi les salariées, ce sont les cols blancs (6 %) et les femmes des groupes professionnels et de gestion (6 %)(tableau 7), chez qui l'usage de tranquillisants est le plus répandu.

Tendances de l'usage

L'EPS comporte les mêmes questions sur l'usage de tranquillisants et de somnifères que trois enquêtes sur les résidents de l'Ontario âgés de 18 ans et plus menées par la Fondation de la recherche sur l'alcoolisme et la toxicomanie en Ontario en 1977, 1982 et 1984[1,3]. La comparaison des données de ces enquêtes avec celles de l'EPS pour l'Ontario laisse entendre que l'usage de ces substances a diminué. Tandis que l'enquête menée par la Fondation en 1977[1] fixait à 12 % les taux de consommation au cours des 12 mois précédant l'enquête pour les tranquillisants et à 8 % pour les somnifères, l'EPS de 1985 les fixe à 7 % et 6 % respectivement.

Il importe ici de faire deux réserves en ce qui concerne ces tendances. Premièrement, il se peut que les estimations de l'EPS quant à l'usage de tranquillisants et de somnifères soient inférieures à celles des enquêtes menées par la Fondation du fait que l'EPS comprend un groupe qui fait peu d'usage de ces substances et qui était exclu des enquêtes de la Fondation, soit les jeunes de 15 à 17 ans. Deuxièmement, en analysant les quatre années des enquêtes, on constate clairement que la diminution de l'usage n'est pas linéaire. Selon les données de la Fondation, l'usage de tranquillisants et de somnifères a augmenté entre 1982 et 1984 bien qu'aucun des taux d'usage n'ait été aussi élevé que celui enregistré en 1977, l'année de base. Compte tenu de ces deux réserves, on ne peut rien déclarer de plus

définitif que le fait que le taux d'usage de ces substances n'augmente pas et il se peut bien qu'il diminue. Même si cette conclusion reflète le comportement des résidents de l'Ontario, elle peut bien s'appliquer au pays entier, si ce n'est le fait que la population de l'Ontario constitue un grand pourcentage de la population totale du Canada.

Répercussions sur le plan des politiques

Les résultats de cette enquête et d'autres études donnent à entendre que l'usage des drogues licites chez les femmes âgées, et plus particulièrement chez les francophones, devrait faire l'objet d'une attention spéciale. Au Canada, comme dans la plupart des pays occidentaux, c'est l'usage de drogues illicites par les jeunes qui a toujours été au coeur des préoccupations[4]. Pourtant, l'usage de substances licites chez les personnes âgées, et notamment chez les femmes, est sans doute un problème d'hygiène publique plus grave encore.

Il semble que la solitude consécutive à la rupture d'un mariage, le fait d'être pensionné ou la perte de son compagnon de vie soient des variables prédictives importantes de l'usage de somnifères et de tranquillisants. Si le recours temporaire à ces substances peut se révéler utile dans certains cas, l'usage prolongé finit par devenir partie intégrante du problème d'isolement social dont souffrent bon nombre de ces personnes[5]. Aussi les groupes et les organismes qui offrent de l'aide et du soutien à ces personnes devraient-ils envisager d'accorder une place prioritaire à la prévention ou à la réduction de l'usage de ces drogues parmi leurs membres ou leurs clients. L'un des résultats encourageants de l'enquête est que 51 % des personnes qui font usage de somnifères et 43 % des consommateurs de tranquillisants indiquent le fait d'avoir réduit leur consommation comme le changement le plus important qu'ils ont apporté à leur vie au cours de l'année écoulée (Q. 109, données non fournies).

Les stimulants

Seulement 2 % des Canadiens indiquent avoir fait usage de stimulants au cours des 12 mois avant l'enquête (tableau 1, figure A). Bien que la variabilité de l'échantillon soit ici un problème, le recours aux stimulants semble assez uniformément distribué parmi les Canadiens, sauf chez les étudiants qui sont plus susceptibles que les autres groupes d'en faire usage (4 %) (tableau 6). C'est parmi les étudiants de sexe masculin qu'on enregistre les taux les plus élevés (5 %). C'est chez les 15 à 24 ans que l'usage des stimulants semble plus répandu (3 %) et plus particulièrement encore chez les hommes de ce groupe d'âge (4 %).

Les résultats de l'EPS et d'autres études[6,7,8] donnent à entendre qu'on devrait considérer plus attentivement la question du stress chez les jeunes. La volonté d'obtenir de bonnes notes, la nécessité de réussir des examens importants et les changements inhérents à l'adolescence sont des sources importantes de stress que certains jeunes essaient de surmonter à l'aide de stimulants (et d'autres drogues). Or, il semble que le stress chez les jeunes soit toujours demeuré à l'écart des priorités dans le domaine de la santé publique. Les auteurs ont remarqué ces dernières années un changement d'attitude à cet égard. Selon eux, on devrait veiller à ce que les programmes de santé mentale destinés aux jeunes continuent d'être de plus en plus axés sur la gestion du stress, la prévention de la détresse émotive, l'acquisition par les jeunes des habiletés dont ils ont besoin et diverses autres facettes de l'adaptation à l'ensemble des changements qui caractérisent cette période de la vie.

Marijuana et haschich

L'usage de la marijuana et du haschich

L'enquête a permis d'établir que près d'un Canadien sur 18 avait fait usage de marijuana ou de haschich au cours des 12 mois précédents. La proportion des usagers est plus élevée chez les hommes (7 %) que chez les femmes (4 %) (tableau 1).

C'est parmi les jeunes qu'on enregistre les taux de consommation les plus élevés. Les 15 à 24 ans comptent 12 % de consommateurs de cannabis, proportion qui passe à 9 % chez les 25 à 34 ans et à 3 % ou moins chez tous les autres groupes d'âge. Plus d'hommes que de femmes déclarent avoir fait usage de marijuana ou de haschich au cours de l'année écoulée. Cette différence s'applique à tous les groupes d'âge, sauf chez les 15 à 24 ans, groupe pour lequel aucune différence pour le sexe n'est enregistrée. La proportion de consommateurs de marijuana et de haschich est élevée aussi chez les 25 à 34 ans (9 %). Dans ce groupe, les hommes sont beaucoup plus nombreux (13 %) que les femmes (5 %) à déclarer en faire usage.

Il n'y a donc rien d'étonnant à ce que la consommation soit plus répandue (14 %) chez les célibataires (personnes ne s'étant jamais mariées) que dans les autres groupes. Un homme célibataire sur sept fait usage de marijuana ou de haschich (15 %) (tableau 2).

L'usage du cannabis est deux fois plus répandu au Canada anglais (7 %) qu'au Canada français (3 %). Il y a en outre une proportion plus grande de consommateurs chez les répondants qui comptent au moins quelques années d'études post-secondaires (tableau 4) que chez les autres.

C'est le Yukon qui vient au premier rang (15 %), suivi par la Colombie-Britannique (9 %) et l'Alberta (10 %), et c'est le Québec qui enregistre le taux le plus faible de consommateurs avoués de marijuana et de haschich (3 %) (tableau 5).

Les étudiants (10 %) et les personnes qui cherchent du travail (12 %) comptent une forte proportion de consommateurs de marijuana et de haschich. Cette remarque s'applique aux deux sexes également (tableau 6). Dans

la population active, c'est parmi les cols bleus qu'on enregistre le taux le plus élevé (8 %). Par rapport au revenu, c'est le groupe qui vient au quatrième rang qui compte le plus grand nombre de consommateurs (8 % — données non fournies).

Croyances concernant la consommation occasionnelle

Une liste de croyances répandues concernant les effets du cannabis sur la santé était proposée aux répondants (Q. 51), à la suite d'une question générale sur les effets possibles de cette drogue sur la santé mentale ou physique (Q. 50).

Près des deux tiers (61 %) des Canadiens estiment que l'usage occasionnel de la marijuana peut avoir des effets sur la santé physique ou mentale des personnes. Chose étonnante, c'est parmi les répondants les plus jeunes (de 15 à 24 ans) que cette croyance est le plus répandue (68 %). Les femmes sont beaucoup plus nombreuses (73 %) que les hommes (49 %) à estimer que l'usage de la marijuana est nuisible (données non fournies).

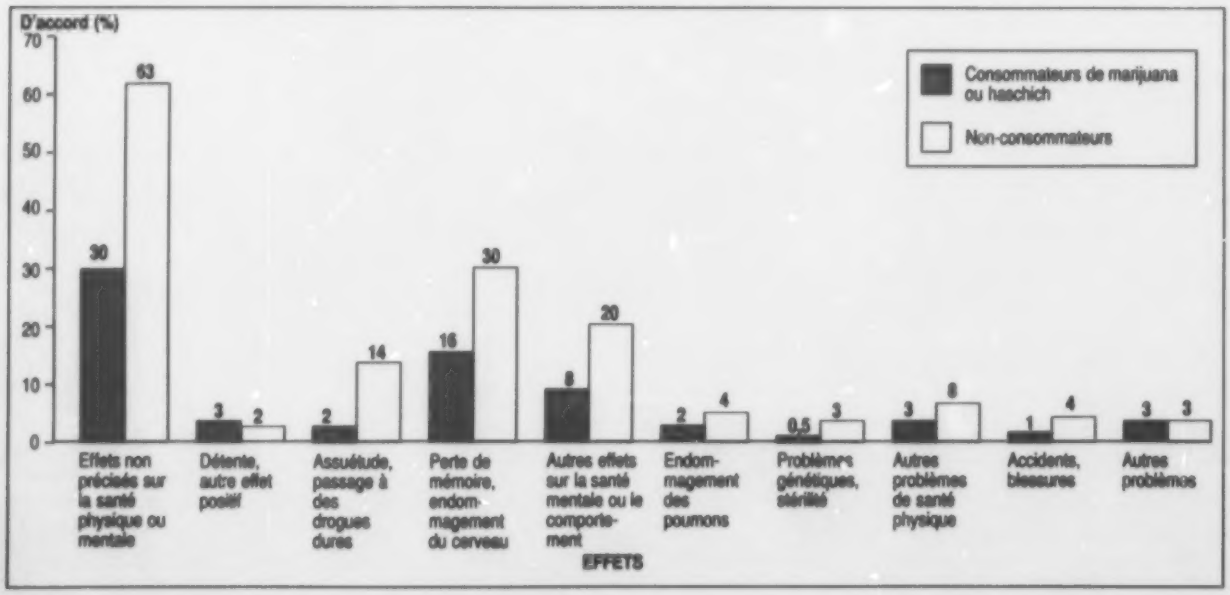
Seulement 2 % des Canadiens estiment que l'usage de la marijuana a un effet relaxant ou quelqu'autre effet bénéfique. Pour ce qui est des effets négatifs, 29 % des répondants signalent des pertes de mémoire ou des dommages au cerveau; 19 % des troubles mentaux ou comportementaux de quelque nature; 14 % la crainte de l'assuétude ou d'une progression vers la consommation de drogues dures. Pour 4 % des répondants, l'usage occasionnel du cannabis peut accroître le risque d'accidents, de blessures et de dommages aux poumons, tandis qu'un autre 4 % mentionnent des troubles génétiques et des problèmes au niveau de la reproduction. Enfin, 9 % des Canadiens déclarent ne pas connaître les effets de la consommation occasionnelle de marijuana.

Comme le montre la figure C, les Canadiens qui ont fait usage de cannabis dans les 12 mois précédant l'enquête ne partagent pas les croyances des non-consommateurs concernant l'usage occasionnel du cannabis. Par contre, il est surprenant de constater que les consommateurs et les non-consommateurs sont aussi sceptiques les uns que les autres à l'égard de l'effet relaxant ou des autres effets positifs du cannabis.

Besoin d'information sur la marijuana

Dans l'enquête, les répondants étaient invités à indiquer s'ils estimaient avoir besoin de plus d'information sur la marijuana et le haschich (Q. 12). Seulement 1 % de tous les Canadiens veulent plus d'information. L'expression de ce besoin était le fait surtout des 15 à 24 ans (5 %), et plus particulièrement des femmes de ce groupe d'âge (7 %), notamment les femmes francophones (8 % — données non fournies). Le désir d'obtenir plus d'information s'accroît avec le niveau de scolarité (tableau 4, chapitre 15).

FIGURE C : **CROYANCES CONCERNANT LES EFFETS DE L'USAGE OCCASIONNEL DE LA MARIJUANA ET DU HASCHICH, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985**



Tendances de l'usage

Santé et Bien-être social Canada a fait une enquête sur l'usage du cannabis chez les adultes canadiens en 1978, en 1980 et en 1981.

Selon les résultats de l'EPS, l'usage du cannabis serait moins répandu maintenant (6 %) qu'il ne l'était en 1978 (10 %), en 1980 (11 %), et en 1981 (10 %), d'après les données des enquêtes menées par ce ministère. Il est possible que les écarts soient attribuables à des différences dans les méthodes d'échantillonnage ou dans les questionnaires. Par contre, il se peut aussi que l'usage du cannabis au Canada soit moins répandu ou qu'il y ait chez les Canadiens une nouvelle tendance à sous-estimer leur propre consommation de cannabis, si l'on suppose que l'usage de cette substance devient moins acceptable socialement. Toutefois, comme presque toutes les enquêtes menées au Canada sur l'usage des drogues ont indiqué une tendance au nivellement ou à la diminution de l'usage du cannabis, sauf à l'Île-du-Prince-Édouard[9], nous sommes d'avis que les constatations de l'EPS confirment cette tendance. Qui plus est, près de la moitié de toutes les personnes qui font usage de drogues déclarent avoir réduit leur consommation au cours des 12 mois précédant l'enquête (Q. 106). En ce qui concerne les consommateurs de cannabis, plus de la moitié d'entre eux (54 %), les hommes de ce groupe surtout (70 %), déclarent avoir ainsi diminué leur consommation (données non fournies).

Bon nombre de spécialistes estiment qu'il est au moins aussi important de comprendre la distribution de l'usage d'un psychotrope que de savoir combien de personnes en font usage. À cet égard, et ce fait mérite d'être signalé, les constatations de l'EPS corroborent celles des enquêtes menées par Santé et Bien-être social Canada pour ce qui est de la distribution de l'usage des drogues. Toutes ces enquêtes ont révélé que l'usage du cannabis est beaucoup plus répandu chez les moins de 30 ans, chez les hommes, chez les anglophones et chez les résidents de la Colombie-Britannique et des provinces de l'Ouest que chez les autres Canadiens. Par ailleurs, toutes ont également indiqué que l'usage du cannabis est beaucoup moins répandu dans les provinces maritimes et au Québec qu'ailleurs au pays.

Le fait que l'usage du cannabis soit peu répandu chez les plus de 30 ans laisse supposer soit qu'un grand nombre de consommateurs de cannabis cessent de faire usage de cette drogue vers l'âge de 30 ans, soit que les modèles de consommation diffèrent selon les générations.

Répercussions sur le plan des politiques

L'usage des produits du cannabis semble s'être stabilisé, ou même être en baisse au Canada (comme aux États-Unis). La plupart des Canadiens estiment que l'usage occasionnel du cannabis est nocif et ne voient aucun avantage à recourir à cette drogue. Il semble que nous ayons atteint un point de « saturation » sur le plan de l'information. Cela ne signifie pas qu'il faille déployer moins d'efforts d'information et d'éducation, mais bien que ces initiatives permettront, au mieux, de maintenir le haut niveau de sensibilisation de la population. En revanche, un phénomène tel que celui de l'usage de drogues est si étroitement lié au contexte culturel, qui change souvent chez les jeunes, qu'on doit continuer à surveiller de près l'usage du cannabis.

Une autre constatation qui mérite sans doute d'être considérée par les décideurs et les planificateurs de programmes est qu'il semble qu'un grand nombre de consommateurs de cannabis cessent de faire usage de cette drogue après avoir franchi le cap de la trentaine. Cette constatation pourrait sans doute être confirmée par des études longitudinales. Si tel n'était pas le cas, on compterait certainement davantage de consommateurs de cannabis de plus de 30 ans, puisqu'on parle alors de personnes qui étaient à l'adolescence ou dans la vingtaine dans les années 1970-1980, quand la consommation de cannabis était à son paroxysme.

Enfin, il importe de souligner que le public accueille très favorablement les interventions du gouvernement dans le domaine des toxicomanies, sauf lorsqu'il s'agit de dispenser de l'information sur les drogues. Les auteurs en déduisent que le type d'action auquel songent les répondants correspond à l'application des mesures législatives définissant ces produits comme illicites.

La cocaïne

Moins d'un Canadien sur cent (0,9 %) a fait usage de cocaïne au cours des 12 mois avant l'enquête. On compte des adeptes de cette substance chez les 15 à 24 ans pour les deux sexes (2 %) et chez les 25 à 34 ans pour les hommes (2 % — tableau 1). Les hommes (1 %) sont deux fois plus nombreux que les femmes (0,6 %) à faire usage de cocaïne. C'est parmi les étudiants qu'on enregistre les taux de consommation les plus élevés (2 %) ainsi que chez les hommes célibataires (3 % — tableaux 2, 6).

C'est en Colombie-Britannique que l'usage de la cocaïne est le plus répandu (2 %). Sur l'ensemble des consommateurs canadiens de cocaïne un sur trois vit en Colombie-Britannique et un sur sept en Alberta — ce qui représente un nombre disproportionné d'usagers pour ces deux provinces (tableau 5).

Le pourcentage de consommateurs de cocaïne dans la population est, semble-t-il, beaucoup moins élevé au Canada qu'aux États-Unis. On estime, en effet, que 19 % des Américains âgés de 18 à 25 ans ont fait usage de cocaïne au moins une fois dans une période d'un an[4]. Et comme il est possible que la jeunesse canadienne emboîte le pas, on devrait veiller à surveiller de près et à évaluer régulièrement la consommation de cocaïne de manière à prévenir l'émergence d'un problème d'hygiène publique de l'ampleur de celui que connaît notre voisin du sud[4,10].

Consommation de deux ou plusieurs substances psychoactives

Un Canadien sur vingt a fait usage de plus d'un psychotrope au cours des 12 mois avant l'enquête (tableau 8). Plus de femmes (5 %) que d'hommes (4 %) font des déclarations dans ce sens, mais les écarts ne sont pas significatifs. L'usage d'au moins deux psychotropes est plus fréquent chez les jeunes (15 à 24 ans) et chez les personnes âgées (65 ans et plus), résultats qui sont le reflet de deux modèles distincts de consommation, soit l'usage du haschich et de la cocaïne chez les jeunes, et la consommation de somnifères et de tranquillisants chez les personnes âgées.

Au Québec et en Colombie-Britannique on enregistre des taux élevés d'usage d'au moins deux drogues (6 % et 5 % respectivement). La fréquence des cas relevés au Québec peut s'expliquer par le grand nombre de personnes qui font usage de plusieurs psychotropes licites tandis qu'en Colombie-Britannique, c'est l'usage de drogues illicites qui est répandu. Au Québec, ce sont surtout les femmes qui ont fait usage de plus d'un psychotrope au cours des 12 mois précédant l'enquête (7 %). Là encore, les femmes se distinguent comme un groupe important au chapitre de la consommation de psychotropes (données non fournies).

L'usage de plus d'une substance psychoactive au cours des 12 mois avant l'enquête est plus répandu chez les francophones que chez les anglophones ou les autres (tableau 11), et plus particulièrement chez les femmes francophones (8 % — données non fournies).

Parmi les répondants séparés ou divorcés, 8 % déclarent avoir fait usage de plus d'un médicament ou drogue (tableau 10). Dans ces groupes, près d'une femme sur deux (9 % — soit deux fois la moyenne nationale) déclare avoir fait usage de plus d'une substance. Les veuves viennent au deuxième rang (8 %). Ces résultats sont conformes au type d'interaction qu'on relève entre l'usage des tranquillisants et des somnifères. Les célibataires (personnes qui ne se sont jamais mariées) viennent au troisième rang (6 %). Ce résultat concorde avec la tendance qu'on observe pour ce qui est de l'usage de plusieurs drogues illicites.

Les Canadiens retraités sont le plus important groupe de consommateurs d'au moins deux substances (8 %). Cette constatation correspond avec les données sur l'usage des somnifères et des tranquillisants. Les étudiants viennent au deuxième rang (6 %). Ces résultats concordent avec les données sur l'usage du cannabis et de la cocaïne (tableau 13).

Importance de l'intervention du gouvernement à l'égard des médicaments et des drogues

Nous avons présenté aux répondants une série de sujets touchant à la santé, leur demandant d'évaluer, sur une échelle allant de 1 à 10, l'importance que l'État devait accorder à chacun (Q. 79).

Les trois quarts des répondants à l'EPS estiment que l'usage des drogues est une question très importante pour le gouvernement. Cette opinion, que partagent assez également les différentes catégories de répondants, est néanmoins particulièrement répandue chez les 35 à 44 ans (82 %), groupe d'âge où l'on retrouve la plus forte proportion de parents d'adolescents ou de pré-adolescents. Les anglophones sont quelque peu plus convaincus (76 %) que les francophones (73 %) de l'importance d'une intervention gouvernementale (voir aussi le tableau 6 au chapitre 15).

Le mode de vie

Cette section présente les constatations touchant différents aspects du mode de vie des personnes qui font usage de drogues.

Selon leurs propres déclarations, les personnes qui consomment de l'alcool ne font pas davantage usage de drogues que l'ensemble de la population. Par contre, les fumeurs déclarent faire un plus grand usage de cannabis que la population canadienne en général (tableau 9).

Abstraction faite de la réduction de leur consommation de drogues, la deuxième chose que les Canadiens qui font usage de psychotropes ont faite l'année avant l'enquête pour améliorer leur état de santé a été de recevoir des soins médicaux. Cette déclaration se retrouvait dans les réponses de près d'un consommateur de somnifères sur quatre (23 %) et d'un consommateur de tranquillisants sur cinq (20 %) (données non fournies). Cela n'est pas surprenant, étant donné que ces personnes consommaient des tranquillisants et des somnifères qui avaient probablement été prescrits à des fins thérapeutiques.

Comme le montre le tableau 15, dans près de trois cas sur quatre, la personne qui fait usage de tranquillisants trouve la vie stressante. Cette remarque est particulièrement vraie pour les hommes (77 %). Les consommateurs de cocaïne trouvent aussi la vie stressante (68 %), et près de trois quarts des femmes de ce groupe (71 %) déclarent mener une vie stressante. Fait non surprenant, parmi les consommateurs de somnifères, plus d'une personne sur deux (57 %) déclare mener une vie stressante. Chez les usagers de marijuana et de haschich, plus d'une personne sur deux (58 %) estime la même chose.

Chez les consommateurs de somnifères, une personne sur cinq déclare ne pas avoir de relations sociales régulières, et cette proportion s'accroît à un tiers pour les femmes. Les personnes qui font usage de drogues illicites ont davantage de relations sociales régulières que celles qui consomment des drogues licites. Ce résultat trouve probablement une explication dans le fait que ce dernier groupe appartient généralement au groupe d'âge supérieur.

Cette dernière section décrit diverses répercussions sur le plan des politiques.

Tout d'abord, l'enquête déduit que les adeptes du tabac font aussi usage de marijuana et de haschich dans une proportion plus grande que l'ensemble de la population. Ces drogues étant normalement consommées par inhalation, il en découle qu'un nombre important de Canadiens exposent leur système respiratoire aux effets synergiques éventuels de l'usage du tabac et du cannabis. Quoi qu'il en soit, moins d'un Canadien sur 25 estime que l'usage de la marijuana peut endommager les poumons. On doit donc veiller, dans la planification de programmes d'information touchant ces substances, à souligner les répercussions potentielles de l'inhalation de fumée de marijuana et de haschich sur le système respiratoire.

En deuxième lieu, la proportion des personnes qui trouvent la vie stressante est beaucoup plus élevée chez les consommateurs de psychotropes que dans l'ensemble de la population. Nous ne prétendons pas qu'il y a là rapport de cause à effet. Cette constatation indique, toutefois, que l'usage de psychotropes se présente comme un mécanisme d'adaptation et que ce phénomène ne s'explique de façon appropriée que par un ensemble complexe de causes qui rendent compte du rôle que les drogues jouent effectivement dans la vie de chaque consommateur. Cette constatation souligne aussi, en conséquence, la nécessité d'axer les efforts de prévention sur un large éventail de questions d'ordre existentiel telles que la clarification des valeurs, la résolution de problèmes et la gestion du stress, pour n'en citer que quelques-unes.

Enfin, l'enquête souligne l'isolement social des personnes qui font usage de somnifères et de tranquillisants. Ce groupe est composé surtout de personnes âgées, et en particulier de femmes, qui ont peu d'amis vers qui se tourner, si elles en ont. Les données de l'EPS indiquent que ce groupe est le plus susceptible de faire usage de psychotropes. Il en découle donc qu'il faut à tout prix multiplier les efforts afin de prévenir l'usage des somnifères et des tranquillisants par les membres de ce groupe, si ce n'est à des fins médicales.

Bibliographie

1. **R.G. Smart** *et al. Alcohol and Other Drug Use Among Ontario Students in 1985 and Trends Since 1977.* Toronto, Fondation de la recherche sur l'alcoolisme et la toxicomanie, 1985.

2. **B.A. Rouse** *et al. Self-report methods of estimating drug use: Meeting current challenges to validity.* Washington, D.C., National Institute on Drug Abuse (monographie no 57), 1985.

3. **R.G. Smart et E.M. Adlaf**. *Alcohol and Drug Use Among Ontario Adults in 1984 and Changes Since 1982.* Toronto, Fondation de la recherche sur l'alcoolisme et la toxicomanie, 1984.

4. **N.J. Kozel** (éd.). *Patterns and Trends in Drug Abuse: A National and International Perpsective.* Rockville (Maryland), National Institute on Drug Abuse, 1985.

5. **J. Hill et R. Cooperstock**. *Les effets de l'usage des tranquillisants : L'usage des benzodiazépines au Canada.* Ottawa, Direction de la promotion de la santé, Santé et Bien-être social Canada, 1982.

6. **Santé et Bien-être social Canada**. *Summary of Results, Gallup Youth Omnibus Survey.* Ottawa, Direction de la promotion de la santé, 1982.

7. **N. Layne** (éd.). *Résumé du rapport sur le tabac, l'alcool et la marijuana : consommation et normes chez les jeunes Canadiens, 2e année, et Étude sur les parents et la marijuana.* Ottawa, Direction de la promotion de la santé, Santé et Bien-être social Canada, 1984.

8. **S. Garceau**. *Résumé du rapport sur le tabac, l'alcool et la marijuana : consommation et normes chez les jeunes Canadiens, 3e année, et Étude sur les parents et la marijuana.* Ottawa, Direction de la promotionn de la santé, Santé et Bien-être social Canada, 1985.

9. **L.H. Killorn**. *Chemical Use Among PEI Students, 1982.* Charlottetown, Alcohol and Drug Problems Institute, 1982.

10. **N.J. Kozel et E.H. Adams**. « Cocaine Use in America ». *Epidemiologic and Clinical Perspectives.* Rockville (Maryland), National Institute on Drug Abuse (série de monographies no 61), 1985.

TABLEAU 1 : **POURCENTAGE DE LA POPULATION QUI A CONSOMMÉ LES PSYCHOTROPES CHOISIS AU COURS DES 12 MOIS PRÉCÉDANT L'ENQUÊTE, SELON L'ÂGE ET LE SEXE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985**

	Total (en milliers)	Somnifères (%)	Tranquillisants (p.ex., Valium) (%)	Amphétamines ou stimulants (%)	Marijuana ou haschich (%)	Cocaïne (%)
Population totale de 15 ans et plus	19 611	8,2	6,4	1,9	5,6	0,9
Hommes	9 623	6,1	4,7	1,8	6,9	1,3
Femmes	9 989	10,1	8,1	1,9	4,3	0,6*
ÂGE						
15-24	4 333	3,5	3,3	3,4	12,2	2,1
H	2 203	2,0*	2,3*	3,9	12,3	2,7*
F	2 130	5,1	4,3	2,9*	12,1	1,6*
25-34	4 476	4,8	4,0	2,0	8,9	1,5*
H	2 225	4,2	3,2*	1,9*	13,3	2,3*
F	2 250	5,4	4,7	2,2*	4,5	–
35-44	3 529	7,6	7,5	0,7*	3,2	–
H	1 769	6,4	6,7	–	4,2*	–
F	1 760	8,8	8,2	–	2,2*	–
45-54	2 520	7,9	6,6	–	1,5*	–
H	1 263	4,0*	3,2*	–	–	–
F	1 257	11,7	10,0	–	–	–
55-64	2 306	11,4	10,0	2,6*	–	–
H	1 108	9,0	8,1	2,8*	–	–
F	1 199	13,5	11,7	2,5*	–	–
65 et plus	2 446	20,8	11,5	1,1*	–	–
H	1 054	18,1	8,0	–	–	–
F	1 392	22,8	14,1	–	–	–

* forte variabilité d'échantillonnage
– ne peuvent être diffusées

TABLEAU 2 : **POURCENTAGE DE LA POPULATION QUI A CONSOMMÉ LES PSYCHOTROPES CHOISIS AU COURS DES 12 MOIS PRÉCÉDANT L'ENQUÊTE, SELON L'ÉTAT MATRIMONIAL ET LE SEXE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985**

	Population (en milliers)	Somnifères (%)	Tranquillisants (p.ex., Valium) (%)	Amphétamines ou stimulants (%)	Marijuana ou haschich (%)	Cocaïne (%)
Tous les âges	19 611	8,2	6,4	1,9	5,6	0,9
Hommes	9 623	6,1	4,7	1,8	6,9	1,3
Femmes	9 989	10,1	8,1	1,9	4,3	0,6*
ÉTAT MATRIMONIAL						
Marié(e) / union libre	12 074	7,8	5,9	1,5	2,4	0,3
H	5 984	6,6	5,2	1,4	3,0	0,5*
F	6 089	9,0	6,7	1,6	1,8	–
Célibataire	5 327	4,9	4,9	2,8	13,5	2,4
H	2 972	3,5	3,3	2,6	14,7	2,8
F	2 354	6,6	6,8	3,1*	12,0	1,9*
Veuf / veuve	1 189	21,3	14,4	–	–	–
H	247	19,5	–	–	–	–
F	943	21,8	16,8	–	–	–
Séparé(e) / divorcé(e)	1 017	14,8	11,2	2,4*	8,0	–
H	413	10,8	8,0*	–	9,6*	–
F	599	17,5	13,5	–	6,9*	–

* forte variabilité d'échantillonnage
– ne peuvent être diffusées

TABLEAU 3 : **POURCENTAGE DE LA POPULATION QUI A CONSOMMÉ LES PSYCHOTROPES CHOISIS AU COURS DES 12 MOIS PRÉCÉDANT L'ENQUÊTE, SELON LA LANGUE PARLÉE À LA MAISON ET LE SEXE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985**

	Population (en milliers)	Somnifères (%)	Tranquillisants (p.ex., Valium) (%)	Amphétamines ou stimulants (%)	Marijuana ou haschich (%)	Cocaïne (%)
Tous les âges	19 611	8,2	6,4	1,9	5,6	0,9
Hommes	9 623	6,1	4,7	1,8	6,9	1,3
Femmes	9 989	10,1	8,1	1,9	4,3	0,6*
LANGUE						
Français	4 928	10,7	9,7	2,4	3,4	1,1
H	2 399	7,0	6,7	1,7*	3,3*	1,0*
F	2 529	14,2	12,5	2,9*	–	1,2*
Anglais	13 165	7,5	5,5	1,7	6,9	0,9
H	6 544	5,7	4,2	1,8	8,8	1,5
F	6 621	9,2	6,7	1,7	5,1	0,4*
Autre	1 390	5,6*	4,2*	–	–	–
H	634	7,0*	–	–	–	–
F	755	4,5*	4,8*	–	–	–

* forte variabilité d'échantillonnage
– ne peuvent être diffusées

TABLEAU 4 : **POURCENTAGE DE LA POPULATION QUI A CONSOMMÉ LES PSYCHOTROPES CHOISIS AU COURS DES 12 MOIS PRÉCÉDANT L'ENQUÊTE, SELON LE NIVEAU D'INSTRUCTION ET LE SEXE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985**

	Population (en milliers)	Somnifères (%)	Tranquillisants (p.ex., Valium) (%)	Amphétamines ou stimulants (%)	Marijuana ou haschich (%)	Cocaïne (%)
Tous les âges	19 611	8,2	6,4	1,9	5,6	0,9
Hommes	9 623	6,1	4,7	1,8	6,9	1,3
Femmes	9 989	10,1	8,1	1,9	4,3	0,6*
NIVEAU D'INSTRUCTION						
Études secondaires ou moins	12 636	8,8	6,5	2,2	4,7	0,8
H	5 972	6,1	4,8	2,0	6,1	0,9*
F	6 664	11,2	8,1	2,3	3,5	0,7*
Quelques années d'études post-secondaires	2 487	6,5	4,7	2,0*	9,7	1,5*
H	1 301	6,6	4,6	2,6*	10,1	2,4*
F	1 185	6,4	4,8	–	9,2	–
Études post-secondaires	4 368	7,3	7,1	0,9*	5,7	1,0*
H	2 312	6,0	4,8	–	7,1	1,7*
F	2 055	8,8	9,7	–	4,2	–

* forte variabilité d'échantillonnage
– ne peuvent être diffusées

TABLEAU 5 : **POURCENTAGE DE LA POPULATION QUI A CONSOMMÉ LES PSYCHOTROPES CHOISIS AU COURS DES 12 MOIS PRÉCÉDANT L'ENQUÊTE, SELON LE SEXE, PAR PROVINCE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985**

	Population (en milliers)	Somnifères (%)	Tranquillisants (p.ex., Valium) (%)	Amphétamines ou stimulants (%)	Marijuana ou haschich (%)	Cocaïne (%)
Tous les âges	19 611	8.2	6.4	1.9	5.6	0.9
Hommes	9 623	6.1	4.7	1.8	6.9	1.3
Femmes	9 989	10.1	8.1	1.9	4.3	0.6*
PROVINCE						
Terre-Neuve	423	4.9*	2.0*	2.2*	7.0	–
H	211	4.1*	–	3.2*	9.4	–
F	212	5.7*	3.2*	–	4.6*	–
Î.-P.-É.	96	5.8*	4.7*	–	3.5*	–
H	47	4.0*	–	–	4.6*	–
F	48	7.5*	7.0*	–	–	–
Nouvelle-Écosse	681	5.2*	3.1*	1.4*	5.4*	–
H	334	4.6*	–	–	7.9*	–
F	347	5.9*	4.4*	–	3.0*	–
Nouveau-Brunswick	544	8.4	5.9	2.3*	5.0*	–
H	268	6.5*	2.9*	3.8*	7.9*	–
F	277	10.3	8.8	–	–	–
Québec	5 148	10.9	9.4	2.1*	3.3	–
H	2 506	7.2	6.6	–	3.3*	–
F	2 641	14.4	11.9	2.7*	3.3*	–
Ontario	7 096	6.7	6.4	1.9*	5.4*	–
H	3 462	4.8*	5.2*	–	6.0	–
F	3 634	8.5	7.6	–	4.7*	–
Manitoba	818	7.5	4.5*	1.6*	6.0*	–
H	400	6.7*	–	–	7.1*	–
F	418	8.3	7.1*	–	4.8*	–
Saskatchewan	759	5.4*	4.3*	–	5.9	–
H	378	4.8*	3.1*	–	9.2	–
F	381	5.9*	5.5*	–	–	–
Alberta	1 762	6.0	3.6	1.5*	8.6	1.4*
H	889	5.2	3.2	1.7*	9.2	2.4*
F	873	6.8	4.1	1.3*	5.3	–
C.-B.	2 267	10.9	5.4	2.0*	8.7	2.3*
H	1 118	9.8	4.0*	–	11.4	3.0*
F	1 149	12.0	6.8*	–	6.0*	–
Yukon	17	7.3	4.9	–	15.2	–
H	9	–	–	–	18.5	–
F	8	9.1	6.2*	–	11.5	–

* forte variabilité d'échantillonnage
– ne peuvent être diffusés

TABLEAU 6 : **POURCENTAGE DE LA POPULATION QUI A CONSOMMÉ LES PSYCHOTROPES CHOISIS AU COURS DES 12 MOIS PRÉCÉDANT L'ENQUÊTE, SELON LE SEXE ET L'ACTIVITÉ PRINCIPALE AU COURS DES 12 MOIS PRÉCÉDANT L'ENQUÊTE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985**

	Population (en milliers)	Somnifères (%)	Tranquillisants (p.ex., Valium) (%)	Amphétamines ou stimulants (%)	Marijuana ou haschich (%)	Cocaïne (%)
Tous les âges	19 611	8,2	6,4	1,9	5,6	0,9
Hommes	9 623	6,1	4,7	1,8	6,9	1,3
Femmes	9 989	10,1	8,1	1,9	4,3	0,6*
ACTIVITÉ PRINCIPALE						
Au travail	10 414	5,1	4,3	1,5	6,5	1,0
H	6 402	4,2	3,6	1,5	6,8	1,1*
F	4 012	6,6	5,2	1,6*	6,1	0,7*
À la recherche d'un emploi	976	8,1	7,6*	2,5*	12,4	–
H	616	5,8*	3,6*	–	13,4	–
F	360	11,9	14,4	–	10,5	–
Aux études	2 300	3,7	4,7	4,1	10,3	2,3*
H	1 175	2,3*	3,9	4,5	11,6	3,2*
F	1 125	5,1	5,5	3,6*	9,0	–
À la retraite	2 172	20,4	11,4	1,7*	–	–
H	1 216	19,6	9,4	–	–	–
F	955	21,3	14,0	2,4*	–	–
Au foyer	3 425	12,4	9,3	1,1*	1,1*	–
H	35	–	–	–	–	–
F	3 390	12,4	9,4	1,1*	1,1*	–

* forte variabilité d'échantillonnage
– ne peuvent être diffusées

TABLEAU 7 : **POURCENTAGE DE LA POPULATION QUI A CONSOMMÉ LES PSYCHOTROPES CHOISIS AU COURS DES 12 MOIS PRÉCÉDANT L'ENQUÊTE, SELON LA CATÉGORIE D'EMPLOI ET LE SEXE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985**

	Population (en milliers)	Somnifères (%)	Tranquillisants (p.ex., Valium) (%)	Amphétamines ou stimulants (%)	Marijuana ou haschich (%)	Cocaïne (%)
Tous les âges	19 611	8,2	6,4	1,9	5,6	0,9
Hommes	9 623	6,1	4,7	1,8	6,9	1,3
Femmes	9 989	10,1	8,1	1,9	4,3	0,6*
CATÉGORIE D'EMPLOI						
Gestionnaires / professionnels	3 209	5,0	4,9	0,9*	5,4	0,9*
H	1 928	4,8	4,7	–	5,7	–
F	1 281	5,4	5,2	–	5,0*	–
Autres cols blancs	3 723	7,0	4,1	2,4	6,3	0,6*
H	1 452	5,9	1,7*	3,1*	6,3	–
F	2 271	7,7	5,6	1,9*	6,4	–
Cols bleus	3 367	3,0	3,9	1,1*	7,9	1,4*
H	2 936	3,0	3,9	1,0*	7,7	1,6*
F	432	–	–	–	8,8*	–

* forte variabilité d'échantillonnage
– ne peuvent être diffusées

TABLEAU 8 : **POURCENTAGE DE LA POPULATION QUI A CONSOMMÉ AU MOINS UN DES PSYCHOTROPES CHOISIS** AU COURS DES 12 MOIS PRÉCÉDANT L'ENQUÊTE, SELON L'ÂGE ET LE SEXE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985**

	Total (en milliers)	Un psychotrope (%)	Deux psychotropes ou plus (%)
Population totale de 15 ans et plus	19 611	13.7	4.5
Hommes	9 623	11.7	4.2
Femmes	9 989	14.5	4.8
ÂGE			
15-24	4 333	12.7	5.3
H	2 203	12.3	4.9*
F	2 130	13.1	5.6*
25-34	4 476	13.3	3.3
H	2 225	15.1	4.2
F	2 250	11.5	2.5*
35-44	3 529	11.4	3.6
H	1 769	10.1	3.6*
F	1 760	12.6	3.7*
45-54	2 520	11.5	2.6*
H	1 263	6.7	–
F	1 257	16.3	4.4*
55-64	2 306	11.8	5.9
H	1 108	8.4	–
F	1 199	14.9	5.8*
65 et plus	2 446	19.0	7.2
H	1 054	15.2	–
F	1 392	21.9	8.3*

* forte variabilité d'échantillonnage
** des somnifères, des tranquillisants (p.ex., Valium), des stimulants, des amphétamines, de la marijuana, du haschich ou de la cocaïne
– ne peuvent être diffusées

TABLEAU 9 : POURCENTAGE DE LA POPULATION QUI A CONSOMMÉ LES PSYCHOTROPES CHOISIS AINSI QUE D'AUTRES PSYCHOTROPES AU COURS DES 12 MOIS PRÉCÉDANT L'ENQUÊTE, SELON LE SEXE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985**

		Pourcentage qui a consommé les psychotropes suivants au cours des 12 mois précédant l'enquête :				
	Population (en milliers)	Somnifères	Tranquillisants (p.ex., Valium)	Amphétamines ou stimulants	Marijuana ou haschich	Cocaïne
Tous les âges	19 611	8.2	6.4	1.9	5.6	0.9
Hommes	9 623	6.1	4.7	1.8	6.9	1.3
Femmes	9 989	10.1	8.1	1.9	4.3	0.6*
USAGE DES PSYCHOTROPES CHOISIS AU COURS DES 12 MOIS PRÉCÉDANT L'ENQUÊTE						
Somnifères	1 601	s.o.	33.5	9.0	4.6	1.8*
H	591	s.o.	34.5	9.9*	7.0*	–
F	1 011	s.o.	33.0	8.5	3.2*	–
Tranquillisants	1 260	42.6	s.o.	4.9*	6.2	2.5*
H	456	44.7	s.o.	–	9.1	–
F	804	41.4	s.o.	6.4*	4.6*	–
Stimulants	364	39.7	17.0	s.o.	29.1	9.3*
H	171	34.1	–	s.o.	34.3	–
F	193	44.7	26.7	s.o.	24.5	–
Marijuana ou haschich	1 089	6.8*	7.2	9.7	s.o.	13.9
H	659	6.3*	6.3*	8.9	s.o.	16.0
F	430	7.6*	8.5*	11.0	s.o.	10.5
Cocaïne	176	16.1*	18.0*	19.3*	85.7	s.o.
H	121	–	–	–	87.6	s.o.
F	55	–	–	32.8	81.7	s.o.
Alcool	16 011	7.3	5.7	1.6	6.7	1.1
H	8 252	5.7	4.4	1.7	7.9	1.4
F	7 759	9.0	7.1	1.5	5.5	0.7*
Tabac	6 630	8.0	7.5	2.4	9.9	1.9
H	3 426	5.8	5.7	1.8*	11.4	2.5
F	3 204	10.4	9.5	3.1	8.3	1.2*

* forte variabilité d'échantillonnage
** des somnifères, des tranquillisants (p.ex., Valium), des stimulants, des amphétamines, de la marijuana, du haschich ou de la cocaïne
– ne peuvent être diffusées

TABLEAU 10 : **POURCENTAGE DE LA POPULATION QUI A CONSOMMÉ AU MOINS UN DES PSYCHOTROPES CHOISIS** AU COURS DES 12 MOIS PRÉCÉDANT L'ENQUÊTE, SELON L'ÉTAT MATRIMONIAL ET LE SEXE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985**

	Population (en milliers)	Un psychotrope (%)	Deux psychotropes ou plus (%)
Tous les âges	19 611	13.7	4.5
Hommes	9 623	11.7	4.2
Femmes	9 989	14.5	4.8
ÉTAT MATRIMONIAL			
Marié(e)	12 047	11.0	3.3
H	5 984	9.5	3.5
F	6 089	12.6	3.1
Célibataire	5 327	14.8	5.9
H	2 972	14.8	5.2
F	2 354	14.8	6.7
Veuf / veuve	1 189	21.4	7.7
H	247	19.7	–
F	943	21.9	8.9
Séparé(e) / divorcé(e)	1 017	18.9	8.3
H	418	15.8	7.2*
F	599	21.0	9.0*

* forte variabilité d'échantillonnage
** des somnifères, des tranquillisants (p.ex., Valium), des stimulants, des amphétamines, de la marijuana, du haschich ou de la cocaïne
– ne peuvent être diffusées

TABLEAU 11 : **POURCENTAGE DE LA POPULATION QUI A CONSOMMÉ AU MOINS UN DES PSYCHOTROPES CHOISIS** AU COURS DES 12 MOIS PRÉCÉDANT L'ENQUÊTE, SELON LA LANGUE PARLÉE À LA MAISON ET LE SEXE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985**

	Population (en milliers)	Un psychotrope (%)	Deux psychotropes ou plus (%)
Tous les âges	19 611	13.7	4.5
Hommes	9 623	11.7	4.2
Femmes	9 989	14.5	4.8
LANGUE			
Anglais	13 163	13.9	3.9
H	6 544	13.2	3.9
F	6 621	14.5	4.0
Français	4 928	13.0	6.1
H	2 399	9.3	5.1
F	2 529	16.4	8.3
Autre	1 390	7.0	2.2*
H	634	4.5*	4.7*
F	755	9.1	–

* forte variabilité d'échantillonnage
** des somnifères, des tranquillisants (p.ex., Valium), des stimulants, des amphétamines, de la marijuana, du haschich ou de la cocaïne
– ne peuvent être diffusées

TABLEAU 12 : **POURCENTAGE DE LA POPULATION QUI A CONSOMMÉ AU MOINS UN DES PSYCHOTROPES CHOISIS** AU COURS DES 12 MOIS PRÉCÉDANT L'ENQUÊTE, SELON LE NIVEAU D'INSTRUCTION ET LE SEXE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985**

	Population (en milliers)	Un psychotrope (%)	Deux psychotropes ou plus (%)
Tous les âges	19 611	13.7	4.5
Hommes	9 623	11.7	4.2
Femmes	9 989	14.5	4.8
NIVEAU D'INSTRUCTION			
Études secondaires ou moins	12 636	13.2	4.6
H	5 972	10.8	4.2
F	6 664	15.3	4.9
Quelques années d'études post-secondaires	2 487	15.2	4.1
H	1 301	16.8	4.2*
F	1 185	13.5	4.0*
Études post-secondaires	4 368	11.9	4.6
H	2 312	10.9	4.2
F	2 055	13.0	4.9

* forte variabilité d'échantillonnage
** des somnifères, des tranquillisants (p.ex., Valium), des stimulants, des amphétamines, de la marijuana, du haschich ou de la cocaïne

TABLEAU 13 : **POURCENTAGE DE LA POPULATION QUI A CONSOMMÉ AU MOINS UN DES PSYCHOTROPES CHOISIS** AU COURS DES 12 MOIS PRÉCÉDANT L'ENQUÊTE, SELON LA CATÉGORIE D'EMPLOI ET LE SEXE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985**

	Population (en milliers)	Un psychotrope (%)	Deux psychotropes ou plus (%)
Tous les âges	19 611	13.7	4.5
Hommes	9 623	11.7	4.2
Femmes	9 989	14.5	4.8
CATÉGORIE D'EMPLOI			
Gestionnaires / professionnels	3 209	8.3	4.9
H	1 928	7.2	4.4
F	1 281	9.9	3.0*
Autres cols blancs	3 723	13.5	3.2
H	1 452	9.7	3.5*
F	2 271	15.9	2.8
Cols bleus	3 367	11.3	2.8
H	2 936	10.9	3.0
F	432	13.4	–

* forte variabilité d'échantillonnage
** des somnifères, des tranquillisants (p.ex., Valium), des stimulants, des amphétamines, de la marijuana, du haschich ou de la cocaïne
– ne peuvent être diffusées

TABLEAU 14 : **POURCENTAGE DE LA POPULATION QUI A CONSOMMÉ AU MOINS UN DES PSYCHOTROPES CHOISIS** AU COURS DES 12 MOIS PRÉCÉDANT L'ENQUÊTE, SELON LE SEXE ET L'ACTIVITÉ PRINCIPALE AU COURS DES 12 MOIS PRÉCÉDANT L'ENQUÊTE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985**

	Population (en milliers)	Un psychotrope (%)	Deux psychotropes ou plus (%)
Tous les âges	19 611	13,7	4,5
Hommes	9 623	11,7	4,2
Femmes	9 989	14,5	4,8
ACTIVITÉ PRINCIPALE			
Au travail	10 414	11,2	3,0
H	6 402	9,5	3,5
F	4 012	13,8	2,8
À la recherche d'un emploi	976	18,6	5,3*
H	616	16,6*	–
F	360	22,3	–
Aux études	2 300	11,7	6,3
H	1 175	13,1	5,5*
F	1 125	10,3	7,1*
À la retraite	2 172	18,1	7,7
H	1 216	16,6	6,8*
F	955	20,1	8,8*
Au foyer	3 425	14,5	4,6
H	35	–	–
F	3 390	14,5*	4,6*

* forte variabilité d'échantillonnage
** des somnifères, des tranquillisants (p.ex., Valium), des stimulants, de la marijuana, du haschich ou de la cocaïne
– ne peuvent être diffusées

TABLEAU 15 : **NIVEAU DÉCLARÉ DE STRESS CHEZ LES PERSONNES QUI ONT CONSOMMÉ LES PSYCHOTROPES CHOISIS** AU COURS DES 12 MOIS PRÉCÉDANT L'ENQUÊTE, SELON LE GENRE DE PSYCHOTROPE ET LE SEXE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985**

	Population (en milliers)	Vie très stressante, assez stressante (%)	Vie pas très stressante, pas stressante du tout (%)
Tous les âges	19 611	47,6	52,1
Hommes	9 623	49,3	50,3
Femmes	9 989	46,0	53,5
USAGE DES PSYCHOTROPES CHOISIS AU COURS DES 12 MOIS PRÉCÉDANT L'ENQUÊTE			
Somnifères	1 601	58,8	40,9
H	591	53,7	46,3
F	1 011	61,7	37,7
Tranquillisants	1 260	71,0	29,0
H	456	77,0	23,0
F	804	67,6	32,4
Stimulants	364	51,8	48,2
H	171	38,1*	62,0
F	193	63,9	36,1*
Marijuana ou haschich	1 089	57,5	42,5
H	659	56,6	43,4
F	430	58,9	41,1
Cocaïne	176	67,9	32,1*
H	121	66,5	33,5*
F	55	71,1*	–

* forte variabilité d'échantillonnage
** des somnifères, des tranquillisants (p.ex., Valium), des stimulants, des amphétamines, de la marijuana, du haschich ou de la cocaïne
– ne peuvent être diffusées

Partie

Cette partie s'intéresse à l'utilisation qui est faite de quatre importantes techniques de dépistage précoce de maladies et d'affections chroniques. Ces deux chapitres sont les seuls à mettre l'accent sur la prévention secondaire, car toutes les autres parties ont trait à la prévention primaire ou à la promotion de la santé.

Dans le chapitre 6, Susan Garceau traite de la fréquence des contrôles de la tension artérielle dans la population, des connaissances et des croyances relatives à l'hypertension ainsi que des intentions en ce qui concerne la surveillance et la régulation de la tension. Tout en étant encourageantes, les conclusions montrent l'orientation à donner à la lutte contre cette affection très importante.

Le chapitre 7, également rédigé par Susan Garceau, porte sur les femmes et les cancers de l'appareil reproducteur. Plus précisément, l'auteur se penche sur la régularité et la récence du dernier test Pap, de l'examen des seins par un professionnel de la santé et de l'auto-examen des seins. Le chapitre nous fournit des données utiles en vue de la promotion de ces pratiques, et nous montre que si des progrès énormes ont été réalisés depuis 1978, il reste encore beaucoup à faire.

6

Le dépistage de l'hypertension artérielle

Susan Garceau
Unité des études en promotion de la santé
Santé et Bien-être social Canada

Remerciements : Dr Helen Johansen, Direction de la promotion de la santé.

Points saillants

- 57 % des Canadiens déclarent qu'ils ont fait vérifier leur tension au cours des six mois avant l'enquête.
- En règle générale, les femmes font prendre leur tension plus régulièrement que les hommes et ce, indépendamment de leur âge.
- La fréquence des contrôles de la tension artérielle augmente avec l'âge tant chez les hommes que chez les femmes.
- Ce sont les hommes de moins de 45 ans qui ont le moins fait contrôler leur tension au cours des six mois avant l'enquête.
- Les hommes et les femmes de plus de 65 ans sont plus nombreux à croire qu'il ne faut faire contrôler sa tension qu'en cas d'anomalie.
- Divers facteurs influent sur la fréquence des contrôles de la tension artérielle, notamment le niveau d'instruction, le degré de stress, le fait de faire de l'embonpoint, la conviction de la nécessité de limiter l'apport en sel et en cholestérol et de l'importance de l'intervention du gouvernement en ce qui concerne le problème de l'hypertension et, enfin, la croyance en la nécessité d'obtenir d'autres renseignements à ce sujet.
- La majorité de la population comprend l'importance du contrôle de la tension, même en l'absence de symptômes, car seulement 17 % des Canadiens estiment qu'il ne faut faire prendre sa tension *que* si l'on a un problème.
- Parmi les personnes qui veulent obtenir plus d'information sur la santé, 44 % souhaitent en savoir davantage sur l'hypertension artérielle, mais cela ne représente que 10 % de l'ensemble de la population.
- Selon 57 % des Canadiens, il est important que l'État s'occupe du problème de l'hypertension.

Introduction

Dans ce chapitre, nous tentons de déterminer les facteurs corrélatifs de même que la fréquence du recours à une méthode de dépistage importante, à savoir le contrôle de la tension artérielle. On a sondé les Canadiens adultes sur leurs croyances, leurs attitudes, leurs comportements et leurs intentions en ce qui concerne la vérification de la tension artérielle et la régulation de l'hypertension afin de déterminer la fréquence des contrôles réguliers et de définir le besoin d'information et la nécessité d'une intervention.

Nous avons décidé de nous arrêter surtout aux personnes qui avaient fait contrôlé leur tension artérielle au cours des six mois précédents (Q. 18). Bien que le Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique[1] recommande la vérification de la tension artérielle lors de chaque consultation d'un professionnel de la santé, et au moins une fois tous les cinq ans, nous avons opté pour des recommandations plus strictes. En plus d'examiner les comportements, nous étudierons le cas des personnes qui peuvent être « à risque » parce qu'elles croient qu'il ne faut faire prendre sa tension artérielle que si l'on a un problème (Q. 22). Entre 1 % et 5 % de la population n'a pas répondu à ces questions. Par souci d'économie, nous n'avons pas tenu compte de ces cas dans les tableaux.

Parmi les facteurs corrélatifs analysés dans ce chapitre figurent les variables démographiques (âge, sexe, revenu, niveau de scolarité, province et langue). Les données recueillies sont transversales et, bien que les tableaux soient présentés comme s'il s'agissait de variables dépendantes et indépendantes, on ne peut établir aucun lien de cause à effet.

Le lecteur est prié de noter que les tableaux contiennent des données non normalisées et que des différences dans les caractéristiques démographiques peuvent influer sur certaines comparaisons entre les groupes. La question de la normalisation est analysée de façon plus approfondie à l'annexe A.

L'hypertension artérielle est l'un des principaux facteurs de risque des maladies cardio-vasculaires[2]. En général, l'hypertension diastolique est un phénomène plus répandu chez les hommes que chez les femmes[3,4]. Selon les résultats de l'Enquête Santé Canada[5], près de 22 % des hommes ont une hypertension non régularisée comparativement à 13 % des femmes. Les données de l'Enquête sur la condition physique au Canada, réalisée en 1981[6], indiquent que 29 % des hommes et 18 % des femmes ont une tension supérieure à 140/90 (lecture unique), après un repos de cinq minutes. Bien des gens, et surtout les hommes, ne sont pas conscients du fait qu'ils sont hypertendus et, s'ils le sont, ne prennent pas les mesures nécessaires pour régulariser leur tension[2,7]. Bien qu'il soit impossible d'évaluer la prévalence de l'hypertension au moyen d'une enquête téléphonique, il s'agit néanmoins d'une façon pratique de déterminer les croyances et le recours aux moyens de contrôle.

Fréquence des contrôles

On a demandé aux répondants d'indiquer quand ils avaient fait mesurer leur tension artérielle pour la dernière fois (Q. 18). Plus de la moitié (57 %) des répondants déclarent qu'ils ont fait prendre leur tension au cours des six derniers mois et 2 % seulement déclarent qu'ils n'ont jamais fait mesurer leur tension artérielle (tableau 1).

Variations selon les groupes de répondants

L'âge des répondants influe grandement sur la fréquence déclarée des contrôles de la tension artérielle (figure A). La proportion des personnes de moins de 45 ans qui ont fait prendre leur tension au cours des six mois précédant l'enquête est plus faible que celle des personnes âgées de plus de 45 ans qui se sont soumises à un contrôle semblable (tableau 1). Par ailleurs, 45 % des personnes âgées de 15 à 24 ans déclarent avoir subi ce contrôle au cours des six mois précédents tandis que chez les personnes âgées de plus de 65 ans, cette proportion s'établit à 77 % (figure A).

Si 63 % de toutes les femmes indiquent avoir fait mesurer leur tension artérielle au cours des six mois précédents, seulement 50 % des hommes ont pris cette précaution. Cette différence entre les deux sexes est surtout évidente chez les personnes de 15 à 34 ans, mais disparaît presque complètement chez les personnes d'âge mûr. Les proportions de femmes et d'hommes de 45 à 64 ans qui déclarent avoir fait prendre leur tension au cours des six mois précédents sont à peu près égales (tableau 1).

Les Canadiens adultes qui n'ont fait que des études primaires et quelques années d'études secondaires déclarent plus souvent qu'ils n'ont jamais fait prendre leur tension. Néanmoins, la majorité des répondants ont fait prendre leur tension au cours des six mois précédant l'enquête, indépendamment de leur niveau de scolarité (tableau 2).

Pour ce qui est des différences selon la province et le groupe linguistique, on note que la proportion des Québécois et des non-anglophones qui déclarent avoir fait prendre leur tension durant les six mois précédents est supérieure à celle des anglophones habitant d'autres provinces qui ont affirmé avoir subi ce contrôle.

Connaissances relatives à l'hypertension

Afin de contrôler les connaissances sur un aspect de l'hypertension, on a demandé aux répondants s'ils étaient d'accord avec l'énoncé suivant : « Il n'est pas nécessaire de faire vérifier sa tension artérielle (pression) sauf si l'on sent qu'on a un problème » (Q. 22). On a noté que les réponses sont différentes selon que la personne est consciente du fait que l'hypertension

est souvent asymptomatique et que les contrôles réguliers de la tension artérielle sont le seul mode de dépistage efficace de cette affection.

Seulement 17 % de la population croit qu'il ne faut faire prendre sa tension que si l'on a un problème (tableau 3). Les femmes sont légèrement plus nombreuses que les hommes à croire qu'il est important de faire prendre sa tension régulièrement. Cette croyance est également un peu plus répandue chez les personnes dont le revenu se situe dans le quintile supérieur de même que chez celles qui ont un niveau de scolarité élevé ou dont la première langue est l'anglais (tableau 4).

On a demandé aux répondants quelle importance l'État doit, selon eux, accorder à l'hypertension (Q. 79). Bien que cette question soit ambiguë, 57 % de la population est d'avis qu'il est très important que l'État s'occupe du problème de l'hypertension. Cette opinion est généralement plus répandue chez les femmes (écart de 11 %)(tableau 3). En outre, les personnes qui ont reçu une formation collégiale ou universitaire sont également très nombreuses à croire en l'importance d'une intervention gouvernementale en ce qui concerne le problème de l'hypertension; on ne relève toutefois aucune différence systématique selon le niveau de revenu (tableau 4).

Par ailleurs, on a demandé aux répondants s'ils estimaient avoir besoin d'information supplémentaire sur l'hypertension (Q. 12). Parmi les personnes qui souhaitent avoir plus d'information sur la santé, 44 % déclarent avoir besoin de renseignements supplémentaires sur l'hypertension. Cela ne représente toutefois que 10 % de l'ensemble de la population (tableau 4, chapitre 15). Enfin, les répondants d'un certain âge sont en général légèrement plus nombreux à estimer qu'ils ont besoin d'un complément d'information (tableau 3).

Croyances, comportements et contrôles de la tension artérielle

Par rapport à l'ensemble de la population, les Canadiens adultes qui ont fait prendre leur tension artérielle au cours des six mois avant l'enquête sont moins nombreux à croire qu'il ne faut faire prendre sa tension que si l'on a des problèmes (tableau A). De façon générale, l'idée qu'il faut faire mesurer régulièrement sa tension artérielle même en l'absence de symptômes est plus répandue chez les personnes âgées de moins de 45. Par ailleurs, on ne relève aucune différence selon le sexe (tableau A).

Si nous voulons tracer un profil plus net des gens qui ont fait vérifier leur tension au cours des mois précédents, nous pouvons analyser d'autres comportements qui peuvent être d'éventuels facteurs de risque de maladies cardio-vasculaires. Les personnes dites « à risque » sont-elles conscientes des dangers qu'elles courent et font-elles évaluer ce risque en faisant prendre leur tension? On n'a noté aucune différence entre les fumeurs et l'ensemble de la population pour ce qui est de la fréquence des contrôles de la tension, mais l'on a constaté que les personnes qui consomment 15 verres d'alcool ou plus par semaine sont généralement beaucoup moins nombreuses à se soumettre à ce contrôle. En général, l'habitude des contrôles réguliers de la tension artérielle est plus répandue chez les personnes qui font de l'embonpoint ou qui sont obèses que chez celles dont le poids est normal ou inférieur à la normale. Enfin, on observe un phénomène analogue chez les personnes qui déclarent avoir une vie très stressante.

TABLEAU A : **POURCENTAGE DE LA POPULATION QUI A DÉCLARÉ AVOIR FAIT VÉRIFIER SA TENSION ARTÉRIELLE (TA) AU COURS DES SIX MOIS PRÉCÉDANT L'ENQUÊTE, SELON DES CARACTÉRISTIQUES CHOISIES, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985**

	Pourcentage de la population qui a fait vérifier sa tension artérielle au cours des six mois précédant l'enquête
Population totale de 15 ans et plus	57 %
CARACTÉRISTIQUES CHOISIES	
• Il faut faire vérifier sa TA seulement si l'on a un problème •	
D'accord	47 %
Pas d'accord	59 %
Non-fumeur	58 %
Fumeur	55 %
Sédentaire	58 %
Fait de l'exercice régulièrement	56 %
Vie pas très stressante	56 %
Vie très stressante	62 %
Prend moins de 15 consommations par semaine	58 %
Prend plus de 15 consommations par semaine	44 %
Trop maigre	59 %
Poids acceptable	53 %
Possibilité d'embonpoint / embonpoint	61 %
• A besoin de plus d'information sur la tension artérielle •	64 %
• N'a pas besoin de plus d'information •	56 %
• Important de limiter l'apport en cholestérol •	62 %
• Pas important de limiter l'apport en cholestérol •	56 %
• Important de limiter l'apport en sel •	67 %
• Pas important de limiter l'apport en sel •	56 %
Importance que l'État doit accorder à la tension artérielle :	
Pas important	54 %
Moyennement important	52 %
Très important	60 %
A fait vérifier sa TA ou a essayé de contrôler sa TA au cours de l'année précédant l'enquête	94 %
A l'intention de faire vérifier sa TA ou d'essayer de contrôler sa TA au cours de l'année suivant l'enquête	63 %

Les Canadiens adultes qui ont subi ce contrôle au cours des six mois précédents semblent être plus sensibilisés au problème de l'hypertension. Par rapport à l'ensemble de la population, iis sont plus nombreux à souhaiter avoir plus d'information sur l'hypertension, à croire qu'il est important de limiter l'apport en sel et en cholestérol, à estimer qu'il faut que l'État se penche sur le problème de l'hypertension et à avoir l'intention de faire vérifier leur tension ou d'essayer de la régulariser au cours de la prochaine année.

De la même façon, il est intéressant d'examiner les caractéristiques des personnes qui croient que le contrôle de la tension artérielle n'est nécessaire qu'en présence d'un problème. Si 17 % de l'ensemble de la population est de cet avis, on retrouve une plus forte proportion de gens qui partagent cette opinion parmi les fumeurs, les personnes sédentaires et les gros buveurs (tableau B). Parmi les autres personnes qui partagent ce point de vue, figurent celles dont le poids est inférieur à la normale, qui ne souhaitent aucune information sur la tension artérielle, qui croient que les aliments riches en sel et en cholestérol ont leur place dans un régime alimentaire sain et, enfin, celles qui n'estiment pas que le gouvernement a un rôle important à jouer dans la lutte contre l'hypertension (tableau B).

TABLEAU B : **POURCENTAGE DE LA POPULATION QUI CROIT QU'IL NE FAUT FAIRE VÉRIFIER SA TENSION ARTÉRIELLE QUE SI L'ON A UN PROBLÈME, SELON DES CARACTÉRISTIQUES CHOISIES, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985**

	Pourcentage de la population qui croit qu'il ne faut faire vérifier sa tension artérielle que si l'on a un problème
Population totale de 15 ans et plus	17 %
CARACTÉRISTIQUES CHOISIES	
Fumeur	20 %
Fait de l'exercice régulièrement	17 %
Vie très stressante	21 %
Prend plus de 15 consommations par semaine	21 %
Trop maigre	21 %
Poids acceptable	16 %
Possibilité d'embonpoint / embonpoint	17 %
« A besoin de plus d'information sur la tension artérielle »	14 %
« Important de limiter l'apport en cholestérol »	19 %
« Important de limiter l'apport en sel »	11 %
Importance que l'État doit accorder à la tension artérielle :	
Pas important	40 %
Moyennement important	18 %
Très important	12 %

Comportements et intentions concernant le contrôle et la régulation de l'hypertension

On a demandé aux répondants ce qu'ils avaient fait au cours de l'année écoulée (Q. 106) et ce qu'ils avaient l'intention de faire pendant l'année à venir pour améliorer leur santé (Q. 109).

Très peu de répondants estiment que le fait de faire prendre leur tension artérielle ou que les efforts qu'ils ont déployés en vue de la régulariser représente la mesure la plus importante qu'ils ont prise afin d'améliorer leur santé au cours de l'année avant l'enquête (tableau 5). Presque toutes (94 %) les personnes qui ont fait prendre leur pression au cours des six mois précédents déclarent avoir subi ce contrôle dans le but d'améliorer leur santé (tableau A).

On relève des chiffres comparables pour ce qui est des intentions futures. Une faible proportion des répondants déclarent qu'ils ont l'intention de faire prendre leur pression artérielle au cours de l'année à venir afin d'améliorer leur santé (tableau 5). Pourtant, la majorité (63 %) des personnes qui ont fait vérifier leur pression au cours des six mois précédents affirment qu'elles avaient l'intention de faire contrôler leur pression ou de la régulariser au cours de l'année à venir (tableau A).

Conclusions et répercussions

L'hypertension est une affection sournoise parce qu'elle est souvent asymptomatique et que, si elle n'est pas décelée, elle peut entraîner des cardiopathies ou des accidents vasculaires cérébraux. Étant donné qu'on n'observe habituellement aucun symptôme manifeste au cours des premiers stades de l'hypertension essentielle, la tension artérielle d'une personne peut augmenter pendant de nombreuses années sans que celle-ci en soit consciente[3,8]. Par conséquent, il est important que le contrôle de la tension artérielle soit considéré comme une mesure préventive importante par les personnes à risque. Les résultats de cette enquête indiquent que 75 % de la population a fait prendre sa tension artérielle au cours de l'année avant l'enquête. Ces résultats sont comparables à ceux qui ont été obtenus dans le cadre de la *United States National Health Interview Survey*. En effet, 73 % des répondants de cette enquête ont dit avoir fait vérifier leur tension au cours de l'année avant l'enquête[9].

Puisque le risque d'hypertension s'accroît avec l'âge, il est encourageant de noter que les personnes âgées font prendre leur pression plus souvent que l'ensemble de la population. En outre, l'enquête révèle toutefois que d'autres personnes à haut risque ne font pas prendre leur tension aussi souvent que les personnes âgées.

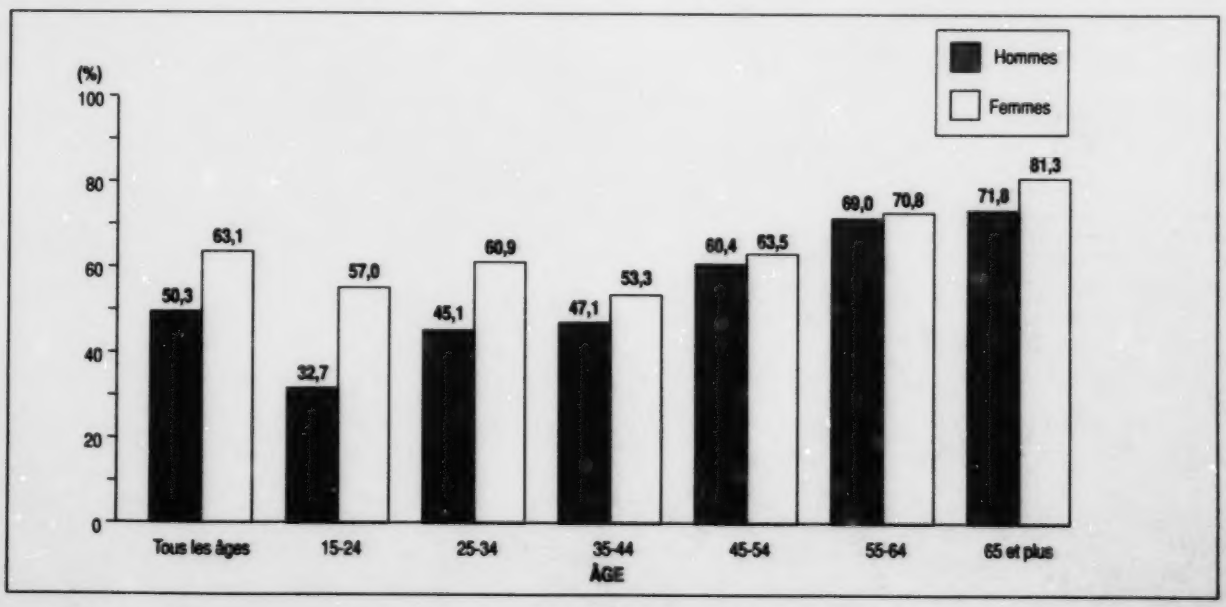
Ces résultats semblent indiquer que la population est relativement sensibilisée à la nécessité d'un contrôle régulier de la tension artérielle. Il ne faudrait toutefois

pas en conclure que le public est bien informé en ce qui concerne l'hypertension, ses causes et les façons de la régulariser. Le très faible nombre de Canadiens qui ont déclaré qu'ils feraient prendre leur tension au cours de l'année à venir nous amène à faire une réserve importante en ce sens[10].

L'écart qu'on relève entre ce taux et celui des répondants qui ont fait prendre leur tension au cours de l'année écoulée est considérable. Il nous porte à croire que ce sont les professionnels de la santé qui prennent l'initiative de faire ces contrôles, soit au cours des consultations pour d'autres raisons, lors de consultations en milieu de travail, ou dans la collectivité, ou tout simplement au hasard. Bien qu'on parvienne ainsi à atteindre la majorité des adultes, il faut quand même se préoccuper des gens qui ne sont pas touchés par ces mesures[11]. Il est encourageant de noter qu'il n'existe aucune relation entre le niveau d'instruction, le revenu et les contrôles de la tension artérielle, mais il faut néanmoins faire une analyse plus approfondie afin de reconnaître les groupes oubliés.

Étant donné les conséquences très graves d'une hypertension non régularisée, d'une part, et la valeur du dépistage précoce, d'autre part, il ne faut pas adopter une attitude complaisante à l'égard de ces résultats, même s'ils sont positifs à certains égards.

FIGURE A : **POURCENTAGE DE LA POPULATION QUI A FAIT VÉRIFIER SA TENSION ARTÉRIELLE AU COURS DES 6 MOIS PRÉCÉDANT L'ENQUÊTE, SELON L'ÂGE ET LE SEXE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985**



Bibliographie

1. **Groupe d'étude sur l'examen médical périodique**. « L'examen médical périodique, 1984 ». *L'Union médicale du Canada*, vol. 113, no 9 (1984), p. 795-808.

2. **H.L. Johansen**. « Hypertension in Canada: Risk factor review and recommendations for further work ». *Canadian Journal of Public Health*, vol. 74 (1983), p. 123-131.

3. **Groupe de travail fédéral-provincial sur la prévention et le contrôle de l'hypertension artérielle**. *Prévention et contrôle de l'hypertension artérielle au Canada*. Ottawa, Santé et Bien-être social Canada, 1986.

4. **W.J. Millar**. « Population estimates of overweight and hypertension, Canada, 1981 ». *Canadian Journal of Public Health*, vol. 76 (1985).

5. **Santé et Bien-être social Canada et Statistique Canada**. *La Santé des Canadiens : rapport de l'Enquête Santé Canada*. Ottawa, Ministre des Approvisionnements et Services Canada (no de catalogue 82-538F), 1981.

6. **T. Stephens** *et al.* « Adult Physical Fitness and Hypertension in Canada. Finding from the Canada Fitness Survey II ». *Canadian Journal of Public Health*, vol. 77 (1986), p. 291-295.

7. **W.J. Millar et D.T. Wigle**. « Socioeconomic disparities in risk factors for cardiovascular disease ». *Canadian Medical Association Journal*, vol. 134 (1986).

8. **D.L. Sackett**. *Final Report of the Ontario Council of Health Task Force on Hypertension*. Toronto, Ontario Council of Health, mai 1977.

9. **O.T. Thornberry** *et al.* « Health promotion data for the 1990 Objectives. Estimates from the National Health Interview Survey of Health Promotion and Disease Prevention: United States, 1985 ». *Advance Data From Vital and Health Statistics*, vol. 126 (19 septembre 1986). Hyattsville (Maryland), U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service (publ. no PHS 86-1250).

10. **Y. Péron et C. Strohmenger**. *Indices démographiques et indicateurs de santé des populations : présentation et interprétation*. Ottawa, Ministre des Approvisionnements et Services Canada (no de catalogue 82-543F), 1985.

11. **W. Smith**, *et al.* « Intervention trial in mild hypertension. » dans *Epidemiology and Control of Hypertension*. O. Paul (éd.). New York, Symposia Specialists, 1975.

TABLEAU 1 : **FRÉQUENCE DÉCLARÉE DU CONTRÔLE DE LA TENSION ARTÉRIELLE, SELON L'ÂGE ET LE SEXE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985**

« Quand avez-vous fait vérifier votre tension artérielle pour la dernière fois? »

	Total (en milliers)	Au cours des 6 derniers mois (%)	Il y a 6 à 12 mois (%)	Il y a 1 à 2 ans (%)	Il y a plus de 2 ans (%)	Jamais (%)
Population totale de 15 ans et plus	19 611	56,8	18,0	11,1	9,6	2,4
Hommes	9 623	50,3	17,7	12,5	13,6	3,6
Femmes	9 989	63,1	18,2	9,9	5,9	1,3
ÂGE						
15-24	4 333	44,6	16,4	14,8	12,7	7,1
H	2 203	32,7	17,5	16,1	19,4	9,8
F	2 130	57,0	15,2	13,5	5,8	4,3
25-34	4 478	53,1	20,1	14,4	8,7	1,8*
H	2 225	45,1	20,9	15,5	13,7	2,7*
F	2 250	60,9	19,4	13,4	3,9	—
35-44	3 520	50,2	25,2	10,8	12,3	1,5*
H	1 769	47,1	22,7	12,1	15,8	1,4*
F	1 760	53,3	27,8	9,5	8,8	—
45-54	2 520	62,0	18,3	9,1	8,8	—
H	1 263	60,4	17,1	10,7	9,2	—
F	1 257	63,5	19,5	7,5	8,5	—
55-64	2 306	70,0	11,8	7,2	8,2	1,0*
H	1 108	69,0	8,4	6,5*	11,5	2,0*
F	1 199	70,8	15,0	7,8	5,2*	—
65 et plus	2 446	77,2	11,7	5,1	4,2	1,2*
H	1 054	71,8	13,8	7,5	4,8*	2,1*
F	1 392	81,3	10,0	3,2*	3,8*	1,7*

* forte variabilité d'échantillonnage
— ne peuvent être diffusées

TABLEAU 2 : **FRÉQUENCE DÉCLARÉE DU CONTRÔLE DE LA TENSION ARTÉRIELLE, SELON LE REVENU, LE NIVEAU D'INSTRUCTION ET LA LANGUE, PAR PROVINCE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985**

		« Quand avez-vous fait vérifier votre tension artérielle pour la dernière fois? »				
	Total (en milliers)	**Au cours des 6 derniers mois (%)**	**Il y a 6 à 12 mois (%)**	**Il y a 1 à 2 ans (%)**	**Il y a plus de 2 ans (%)**	**Jamais (%)**
Population totale de 15 ans et plus	19 611	56,8	18,0	11,1	9,6	2,4
QUINTILE DE REVENU						
Inférieur	2 828	61,4	15,2	11,4	8,7	1,7*
Deuxième	2 437	58,4	18,2	10,5	10,7	1,2*
Troisième	2 614	54,2	20,6	12,9	9,9	2,4*
Quatrième	2 187	52,8	19,6	10,5	14,2	2,1*
Supérieur	2 568	59,5	19,3	10,7	7,7	1,9*
NIVEAU D'INSTRUCTION						
Études primaires et quelques années d'études secondaires	7 173	58,8	15,2	9,7	9,1	3,7
Études secondaires et quelques années d'études post-secondaires	7 871	55,1	20,0	11,3	10,6	1,8
Études post-secondaires	4 368	55,9	18,8	13,5	9,0	1,6*
PROVINCE						
Terre-Neuve	423	51,3	18,5	11,4	12,0	4,3*
Î.-P.-É.	96	50,4	17,4	12,7	11,7	4,3*
Nouvelle-Écosse	681	56,6	15,0	10,9	11,0	3,4*
Nouveau-Brunswick	544	54,1	15,4	10,5	12,2	3,9*
Québec	5 148	63,8	12,9	9,3	9,9	3,1*
Ontario	7 096	56,0	20,4	11,4	8,5	—
Manitoba	818	54,8	18,1	13,2	10,1	2,2*
Saskatchewan	769	53,2	16,0	14,7	11,2	3,3*
Alberta	1 762	53,1	20,9	10,4	10,6	2,6*
C.-B.	2 267	50,7	21,4	13,1	9,5	2,8*
Yukon	17	51,8	19,4	12,3	11,3	2,1*
LANGUE						
Anglais	13 165	54,2	20,0	11,5	9,9	2,3
Français	4 928	62,5	13,6	9,9	9,6	2,9

* forte variabilité d'échantillonnage
— ne peuvent être diffusées

TABLEAU 3 : CROYANCES CONCERNANT L'HYPERTENSION, SELON L'ÂGE ET LE SEXE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985

		« Il n'est pas nécessaire de faire vérifier sa tension artérielle sauf si l'on sent qu'on a un problème »	« Quelle importance l'État doit-il accorder à l'hypertension? »	« Pensez-vous avoir besoin de plus d'information sur l'hypertension? »
	Total (en milliers)	D'accord (%)	Très important (8-10) (%)	Oui (% de ceux qui veulent de l'information sur des sujets relatifs à la santé)
Population totale de 15 ans et plus	19 611	17,3	56,9	44,4
Hommes	9 623	19,8	51,5	45,8
Femmes	9 989	14,9	62,1	43,4
ÂGE				
15-24	4 333	17,9	55,7	40,2
H	2 203	22,7	52,7	38,8
F	2 130	12,9	58,8	41,1
25-34	4 476	16,3	60,7	41,7
H	2 225	19,6	53,7	46,7
F	2 250	13,0	67,7	38,0
35-44	3 529	13,4	59,8	47,1
H	1 769	13,3	54,1	51,2
F	1 760	13,5	65,5	43,7
45-54	2 520	22,5	55,2	54,3
H	1 263	23,4	48,2	57,5
F	1 257	21,7	62,1	51,6
55-64	2 306	14,0	53,3	32,8
H	1 108	17,4	45,8	15,9
F	1 199	10,8	60,2	40,3
65 et plus	2 446	21,5	53,1	53,4
H	1 054	23,7	49,7	50,3
F	1 392	19,8	55,7	55,4

TABLEAU 4 : **CROYANCES CONCERNANT L'HYPERTENSION, SELON LE REVENU, LE NIVEAU D'INSTRUCTION ET LA LANGUE, PAR PROVINCE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985**

		« Il n'est pas nécessaire de faire vérifier sa tension artérielle sauf si l'on sent qu'on a un problème »	« Quelle importance l'État doit-il accorder à l'hypertension? »	« Pensez-vous avoir besoin de plus d'information sur l'hypertension? »
	Population (en milliers)	D'accord (%)	Très important (8-10) (%)	Oui (% de ceux qui veulent de l'information sur des sujets relatifs à la santé)
Tous les âges	19 611	17.3	56.9	44.4
QUINTILE DE REVENU				
Inférieur	2 826	19.9	57.5	41.0
Deuxième	2 437	15.8	58.8	48.7
Troisième	2 614	13.4	61.1	46.5
Quatrième	2 179	15.9	59.3	46.4
Supérieur	2 513	12.1	55.6	47.2
NIVEAU D'INSTRUCTION				
Études primaires et quelques années d'études secondaires	7 173	20.2	45.0	30.1
Études secondaires et quelques années d'études post-secondaires	7 871	16.6	46.8	45.7
Études post-secondaires	4 368	13.1	59.0	23.0
PROVINCE				
Terre-Neuve	423	19.0	67.9	47.7
Î.-P.-É.	96	17.3	60.4	43.2
Nouvelle-Écosse	681	13.5	63.8	52.6
Nouveau-Brunswick	544	18.9	64.4	34.6
Québec	5 148	23.1	61.4	53.1
Ontario	7 096	15.7	53.5	43.4
Manitoba	818	13.1	54.1	40.2
Saskatchewan	759	15.6	52.3	35.3
Alberta	1 762	15.3	52.9	30.0
C.-B.	2 267	13.3	56.9	36.6
Yukon	17	12.8	54.0	29.6
LANGUE				
Anglais	13 165	13.3	56.9	41.0
Français	4 928	24.0	58.2	50.4

TABLEAU 5 : **AMÉLIORATIONS APPORTÉES À L'ÉTAT DE SANTÉ ET L'INTENTION DE MODIFIER SON COMPORTEMENT EN CE QUI CONCERNE LE CONTRÔLE DE LA TENSION ARTÉRIELLE, SELON LE SEXE, LE NIVEAU D'INSTRUCTION ET LA LANGUE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985**

	Total (en milliers)	« A fait vérifier sa tension artérielle au cours de l'année avant l'enquête. La mesure la plus importante pour améliorer la santé » Oui (%)	« A essayé de contrôler sa tension artérielle au cours de l'année avant l'enquête. La mesure la plus importante pour améliorer la santé » Oui (%)	« A l'intention de faire vérifier sa tension artérielle au cours de l'année à venir pour améliorer sa santé » Oui (%)
Population totale de 15 ans et plus	19 611	0,6	0,5	0,9
Hommes	9 623	0,4*	0,7*	0,8*
Femmes	9 989	0,7*	0,3*	0,9*
NIVEAU D'INSTRUCTION				
Études primaires et quelques années d'études secondaires	7 173	0,8*	0,8*	0,9*
Études secondaires et quelques années d'études post-secondaires	7 871	0,4*	0,3*	0,6*
Études post-secondaires	4 368	0,6*	–	1,4*
LANGUE				
Anglais	13 165	0,6*	0,7*	0,8*
Français	4 928	–	–	1,4*

* forte variabilité d'échantillonnage
– ne peuvent être diffusées

7

Les mesures préventives propres aux femmes

Susan Garceau
Unité des études en promotion de la santé
Santé et Bien-être social Canada

Remerciements : Eleanor Thomas, Direction de la promotion de la santé et Paula Stewart, Centre des sciences de la santé, Université d'Ottawa.

Points saillants

- Plus de la moitié de toutes les femmes subissent régulièrement un test Pap.
  - 56 % des femmes adultes déclarent avoir subi un test Pap au cours de l'année avant l'enquête.
  - 14 % des femmes n'ont jamais subi un test Pap. En général, ces femmes ont moins de 25 ans ou plus de 65 ans.
- L'examen des seins est souvent effectué par les médecins, mais plus rarement par les femmes elles-mêmes.
  - 65 % de toutes les femmes adultes ont fait examiner leurs seins par un médecin ou une infirmière au cours de l'année avant l'enquête.
  - 75 % de toutes les femmes ont appris la technique de l'auto-examen des seins.
  - Seulement 38 % des femmes examinent leurs propres seins chaque mois.

Introduction

Dans ce chapitre, nous nous pencherons sur la fréquence de recours aux deux principales techniques préventives appliquées par les femmes de même que sur les facteurs qui y sont associés. On a interrogé les femmes sur leur comportement et leurs connaissances en ce qui concerne le test Pap et l'auto-examen des seins. Ces deux pratiques sont recommandées comme mesures de dépistage du cancer, car il a été établi que le dépistage précoce des anomalies du col utérin ou des seins assureront un pronostic plus favorable[1].

On a demandé aux femmes de répondre à des questions concernant leurs connaissances et leur comportement (Q. 61 à 65 : voir l'annexe B). S'il est normal de poser des questions directement aux intéressées en ce qui concerne leur comportement, il reste que les réponses peuvent être influencées par le caractère souhaitable de la pratique à laquelle se rapporte la question. Cette observation s'applique particulièrement dans le cas des techniques de dépistage du cancer qui ont fait l'objet de grandes campagnes publicitaires. En outre, la question du cancer du sein est extrêmement délicate pour les femmes en raison de la relation qui existe entre les seins et le sentiment de féminité. S'il est vrai que les réponses aux questions concernant les pratiques préventives des femmes peuvent être teintées par tous ces facteurs, elles peuvent néanmoins nous donner une idée de la norme qui a cours à cet égard. Elles permettent également d'établir des comparaisons entre divers sous-groupes et dans le temps, si l'on suppose que toutes les femmes sont influencées plus ou moins également par ces facteurs.

Les facteurs pertinents examinés dans ce chapitre sont les variables démographiques comme l'âge, le revenu, le niveau d'instruction, la province et la langue. Comme il s'agit de données transversales, il est impossible d'établir des relations de cause à effet, bien que les tableaux puissent sembler contenir des variables dépendantes et indépendantes. Environ 3 % des femmes n'ont pas répondu à cette série de questions, ce qui indique qu'il s'agissait peut-être d'un sujet délicat pour ces personnes. Ces non-réponses ne sont pas indiquées dans les tableaux.

Le lecteur devrait être conscient du fait que les tableaux présentent des données non normalisées, et que des différences sur le plan des caractéristiques démographiques peuvent avoir une influence sur les comparaisons des divers groupes. Par exemple, le fait que le pourcentage des femmes qui ont subi un test Pap peu de temps auparavant soit beaucoup plus élevé en Alberta qu'au Nouveau-Brunswick est peut-être dû en partie au fait que le revenu moyen est supérieur dans les provinces de l'Ouest, car il a été établi que le niveau de revenu est lié au fait de subir le test Pap régulièrement. La question de la normalisation est étudiée plus à fond dans l'annexe A.

Selon les chiffres de Statistique Canada pour l'année 1981, le cancer du col utérin et du corps de l'utérus est la quatrième cause de décès chez les femmes âgées de 25 à 44 ans[2]. Son importance en tant que cause de décès diminue avec l'âge, se classant au septième ou huitième rang chez les femmes âgées de plus de 50 ans[3]. Le cancer du sein est la principale cause de décès par cancer des Canadiennes âgées de 30 à 74 ans[2]. Selon une estimation[4], si les risques actuels de cancer ne changent pas, 9 % des femmes seront atteintes de cancer du sein à un moment ou un autre de leur vie. En raison des taux élevés de mortalité associés à ces maladies, et parce qu'on a largement recommandé le test Pap et l'auto-examen des seins au Canada, il était tout à fait normal de poser des questions sur ces mesures préventives dans l'Enquête Promotion Santé.

Fréquence des tests Pap

On a posé aux femmes la question suivante : « À quand remonte le dernier test Pap que vous avez subi pour le dépistage du cancer? » (Q. 65). Plus de la moitié des répondantes (56 %) disent avoir subi un test Pap au cours de l'année avant l'enquête. Un autre 15 % des femmes disent avoir eu un test Pap au cours des deux ou trois années précédentes tandis qu'une proportion semblable (14 %) disent n'en avoir jamais subi (tableau 1).

Variations selon les groupes de répondantes

En général, ce sont surtout les femmes âgées de 25 à 44 ans qui ont subi un test Pap au cours de l'année avant l'enquête. En contrepartie, les femmes qui n'ont jamais subi ce test ont soit entre 15 et 24 ans soit plus de 65 ans (figure A).

En outre, la proportion de femmes qui ont subi un test Pap au cours de l'année avant l'enquête est supérieure chez les femmes instruites et dont le revenu est élevé (voir tableau 1). Les femmes qui n'ont jamais subi un test Pap font le plus souvent partie des groupes moins rémunérés et moins instruits; en plus, il s'agit très souvent de jeunes femmes. Par ailleurs, on rencontre plus de femmes qui n'ont jamais subi un test Pap parmi les francophones que chez les anglophones. Les pourcentages des femmes qui ont eu ce test au cours de l'année avant l'enquête étaient plus élevés à l'Île-du-Prince-Édouard, au Québec, en Ontario, au Manitoba, en Saskatchewan, en Alberta et au Yukon.

Voici, en résumé les résultats obtenus pour cette question concernant le test Pap : il semblerait que cette technique de dépistage du cancer soit appliquée le plus souvent par les femmes âgées de 25 à 44 ans dont le niveau d'instruction et de revenu est supérieur à la moyenne et qui habitent l'Alberta ou le Yukon.

Analyse

Le test Pap est une technique diagnostique qui permet de distinguer les cellules normales des cellules anormales du vagin, de l'utérus et du col utérin[5]. Ce test porte sur environ 100 000 cellules prélevées sur le col utérin et les tissus périphériques. Il permet de déceler les infections causées par les levures, la trichomonase, le condylome, les changements précancéreux et le cancer[6].

Au cours des dernières années, on s'est penché sur la question du groupe-cible qui devrait subir des tests réguliers. Selon l'Association médicale canadienne[7], les femmes qui n'ont jamais eu de relations sexuelles, les femmes âgées de plus de 60 ans dont les tests antérieurs étaient négatifs de même que les femmes qui ont subi une hystérectomie par suite d'une affection bénigne n'ont pas à subir de test Pap. Les femmes qui ont des relations sexuelles devraient subir un test Pap chaque année entre les âges de 18 et 35 ans. Après cet âge, on recommande de subir un test tous les cinq ans. Il semble que les répondantes à l'Enquête Promotion Santé suivent ces recommandations, car on a noté que la majorité des femmes âgées de 25 à 44 ans subissaient un test Pap annuel. Il importe de noter que l'application de cette pratique préventive n'est pas nécessairement un exemple de comportement adopté par l'individu, mais plutôt un exemple de dépistage courant effectué par les médecins.

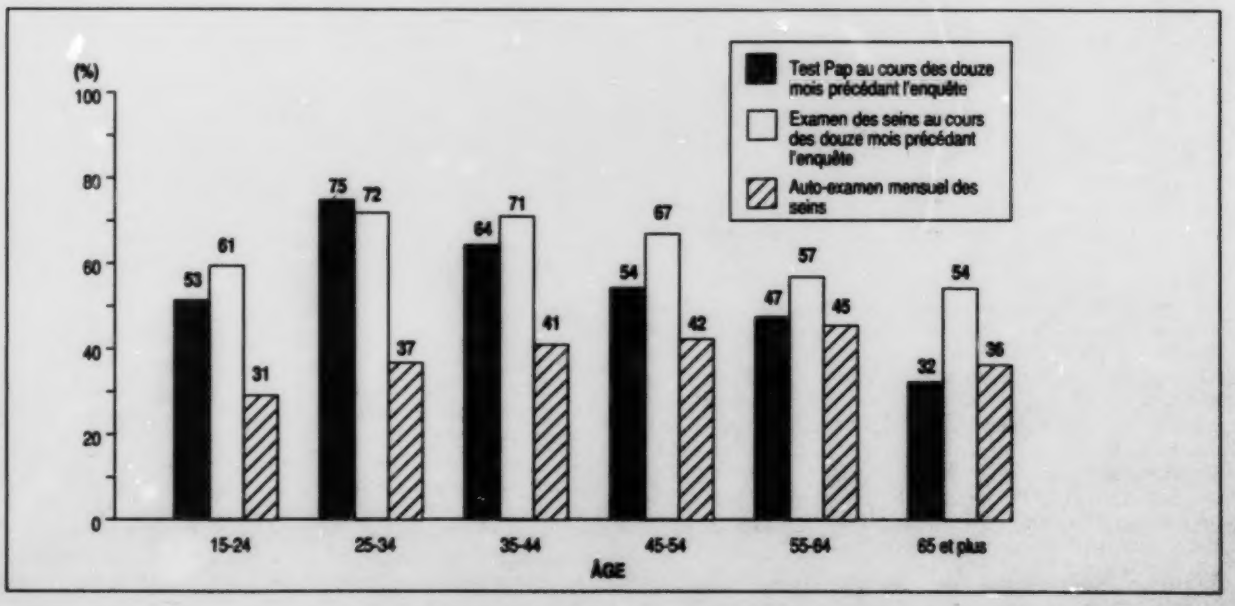
Les femmes de 25 à 44 ans sont dans la période la plus propice à la procréation, c'est pourquoi elles consulteront davantage leur médecin pour obtenir des conseils relativement aux méthodes de contraception. Les médecins profitent souvent de l'occasion pour effectuer un test Pap étant donné que ce sont les femmes de ce groupe d'âge qui ont le plus besoin de subir des examens de dépistage réguliers. On pourrait croire que les très jeunes femmes ne voient pas la nécessité du dépistage parce qu'elles ne sont pas actives sexuellement ou qu'elles ne se perçoivent pas comme des sujets à risque de cancer du col utérin. Il a également été établi[8] que les jeunes femmes ont peur de subir des examens gynécologiques, et que cette crainte pourrait les empêcher de subir un test Pap. Pour leur part, les femmes âgées peuvent estimer que les tests Pap ne sont pas nécessaires en raison de leur âge. Pour éclaircir ce point, il faudrait demander aux femmes pourquoi elles croient qu'il n'est pas important de subir régulièrement un test Pap. En outre, il convient de reconnaître que ce test est si étroitement lié à d'autres pratiques gynécologiques qu'il est difficile d'établir s'il est demandé par la femme ou considéré comme un test de routine dans la pratique médicale courante. Lorsqu'on tente d'établir le rapport entre la classe sociale et la fréquence du test Pap, il faut noter que la situation socio-économique est liée à l'âge, en ce sens que les très jeunes femmes et les femmes âgées sont généralement moins instruites et ont habituellement un revenu inférieur.

Le pourcentage des femmes ayant subi un test Pap qui a été relevé au cours de ce sondage se compare favorablement à celui d'autres sondages semblables[9,10] (tableau A).

TABLEAU A : **POURCENTAGE DE FEMMES AYANT SUBI UN TEST PAP AU COURS DE L'ANNÉE AVANT L'ENQUÊTE, CANADA ET ÉTATS-UNIS, 1978-1979 ET 1985**

Enquête Santé Canada 1978-1979	Enquête Promotion Santé (Canada) 1985	National Health Interview Survey (É.-U.) 1985
42 %	56 %	46 %

FIGURE A : **FRÉQUENCE DU TEST PAP ET DE L'EXAMEN DES SEINS, SELON L'ÂGE, FEMMES DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985**



Il semble y avoir eu une augmentation significative dans la proportion des Canadiennes qui déclarent avoir subi régulièrement un test Pap, le pourcentage étant passé de 42 % en 1978 à 56 % en 1985, taux qui est de 10 % supérieur à celui qu'on a relevé aux États-Unis[10]. Étant donné que dans les trois enquêtes, la formulation des questions et le plan d'échantillonnage étaient très semblables, ces différences ne sont probablement pas entièrement erronées.

Examen des seins

Examen par un médecin ou une infirmière

On a demandé aux répondantes à l'Enquête Promotion Santé si elles avaient fait examiner leurs seins par un médecin ou une infirmière au cours de l'année précédant l'enquête (Q. 61). En réponse, 65 % de toutes les femmes déclarent qu'elles avaient effectivement fait examiner leurs seins au cours de cette période (tableau 2). Les femmes âgées de 25 à 54 ans étaient les plus nombreuses à avoir fait examiner leurs seins par un professionnel de la santé. En outre, le taux était généralement plus élevé chez les femmes dont le niveau d'instruction ou le revenu sont élevés; en général, ces femmes sont également plus âgées. Au cours de l'année avant l'enquête, les femmes vivant au Québec et en Alberta ont fait examiner leurs seins plus souvent que la moyenne des Canadiennes.

Auto-examen des seins (AES)

À la question : « Combien de fois faites-vous l'auto-examen de vos seins? » (Q. 63), 38 % des femmes répondent qu'elles examinent leurs seins chaque mois. C'est parmi les femmes âgées de 35 à 64 ans que la pratique de l'auto-examen mensuel des seins est le plus répandue (tableau 2). En contrepartie, c'est chez les femmes âgées de 15 à 24 ans et chez celles de plus de 65 ans que cette pratique est le moins courante. Les femmes très instruites (et donc généralement plus âgées) sont plus nombreuses à déclarer qu'elles pratiquent l'auto-examen des seins chaque mois. Dans le cas de l'auto-examen des seins, l'un des facteurs qui contribuent de façon significative à l'actualisation d'une intention positive est la connaissance de la technique. On a demandé aux femmes qui faisaient partie de cet échantillon si on leur avait déjà montré comment faire l'auto-examen des seins (Q. 62). La majorité des femmes (75 %) ont répondu par l'affirmative (tableau 3). En règle générale, les jeunes femmes (15 à 24 ans) et les femmes âgées (plus de 65 ans) sont moins nombreuses à avoir appris la technique de l'auto-examen des seins. Comme dans le cas de l'examen des seins par un professionnel, ce sont les femmes instruites ayant un revenu supérieur (et en général plus âgées) qui déclarent le plus souvent avoir appris la technique de l'auto-examen des seins.

Parmi les femmes à qui l'on a montré comment examiner leurs seins, seulement 47 % effectuent cet auto-examen chaque mois, 22 % le font tous les deux ou trois mois tandis que 12 % ne le font jamais (tableau 3). On n'observe aucune tendance en ce qui concerne le niveau d'instruction ou de revenu. On note cependant que, parmi les femmes qui ont appris la technique de l'auto-examen des seins, les anglophones sont plus nombreuses à faire l'auto-examen mensuel que les francophones. Ces données semblent donc indiquer que la connaissance de la technique ne garantit pas l'adoption de la pratique souhaitée, bien que le pourcentage des femmes qui ont adopté cette pratique soit plus élevé chez celles qui ont appris la technique.

Afin d'évaluer les connaissances à cet égard, on a posé aux femmes la question suivante : « À votre avis, selon quelle périodicité une femme devrait-elle faire l'auto-examen de ses seins? » (Q. 64). Deux tiers d'entre elles (68 %) estiment que les femmes devraient examiner leurs seins chaque mois (tableau 4), bien que seulement 38 % de toutes les femmes le fassent. Seulement 1 % des répondantes estiment que les femmes ne devraient jamais examiner leurs seins, mais le pourcentage des femmes qui ne pratiquent jamais l'auto-examen des seins s'établit à 12 %. En règle générale, les femmes qui sont le plus en faveur de l'auto-examen mensuel des seins sont âgées de 35 à 54 ans, sont très instruites, anglophones et ont un revenu élevé.

De toute évidence, il y a des obstacles qui interviennent dans la relation entre les connaissances, les croyances et l'adoption d'un comportement dans le cas de l'auto-examen des seins.

Analyse

Depuis plus de trois décennies, on préconise la pratique de l'auto-examen des seins chez les femmes comme moyen de détection précoce d'un cancer du sein. Cette recommandation est fondée sur deux hypothèses, à savoir que la détection à un stade précoce offre une meilleure chance de survie chez les patientes atteintes du cancer du sein et que la plupart des cancers du sein sont découverts par les femmes elles-mêmes qui consultent ensuite un médecin pour faire poser un diagnostic[11]. Ces hypothèses sont fondées sur certaines données, mais selon l'Organisation mondiale de la santé : « . . . les données disponibles ne permettent pas d'affirmer que l'auto-examen des seins, comme il est appliqué actuellement, entraîne une réduction de la mortalité due au cancer du sein »[12]. Au cours d'une étude récente, il a été établi que les femmes qui avaient détecté un cancer par l'AES avaient un taux de survie de cinq ans qui était de 18 % supérieur à celui des femmes qui n'examinaient pas leurs seins[13]. Le Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique se demande si les gains sur le plan de la survie, advenant qu'ils soient établis, peuvent compenser l'anxiété produite chez les femmes en santé et s'inquiète des effets négatifs possibles (p. ex. biopsies inutiles) d'une recommandation en faveur de l'AES dans le cas des femmes âgées de moins de 30 ans, chez qui le cancer du sein est extrêmement rare. Néanmoins, la plupart des médecins recommandent l'auto-examen des seins comme méthode de détection précoce de masses suspectes qui pourraient être cancéreuses, et tout semble indiquer que de plus en plus de Canadiennes suivent ce conseil (tableau B).

TABLEAU B : **PRÉVALENCE DE L'EXAMEN DES SEINS, CANADA ET ÉTATS-UNIS, 1978-1979 ET 1985**

	% de femmes qui ont fait examiner leurs seins par un professionnel au cours de l'année précédant l'enquête	% de femmes qui pratiquent l'AES chaque mois
Enquête Santé Canada 1978-1979	41	21
Enquête Promotion Santé (Canada), 1985	65	38
National Health Interview Survey (É.-U.), 1985	50	32

Le cancer du sein frappe surtout les femmes qui ont entre 35 et 50 ans[4]. Les résultats de cette enquête et ceux de l'Enquête Santé Canada (1978-1979) révèlent que la majorité des femmes qui déclarent pratiquer l'auto-examen des seins chaque mois sont âgées de 35 à 64 ans. Si des essais cliniques démontraient l'efficacité de l'AES pour ce qui est de réduire la mortalité due au cancer du sein, il y aurait peut-être lieu d'établir des recommandations pour les divers groupes d'âge, à l'instar de ce qui existe dans le cas du test Pap.

Le fait d'être un sujet à risque est bien différent de celui de se considérer comme une personne à risque. Dans le cas du cancer du sein, il est possible de ne pas percevoir le risque, et le fait de connaître l'importance d'un comportement ne signifie pas que ce comportement sera adopté[14]. Une étude américaine récente a permis d'établir que si 94 % des femmes connaissent l'auto-examen des seins et ses avantages éventuels, il reste que seulement 40 % d'entre elles le pratiquent chaque mois[15].

On a demandé aux femmes selon quelle périodicité elles devraient faire l'auto-examen de leurs seins. Bien que 68 % répondent qu'il y a lieu de le faire chaque mois, seulement 38 % le font. Pourquoi existe-t-il un écart si important entre le pourcentage des femmes qui connaissent la technique et le pourcentage de celles qui l'appliquent?

Il y a de nombreux facteurs psychologiques qui peuvent expliquer pourquoi les femmes évitent de faire l'AES, même si elles croient qu'il serait important de le faire. En premier lieu, cet examen comporte peu d'avantages à court terme, et la réussite signifie souvent la découverte de la maladie. Dans un sondage Gallup réalisé récemment[13], on a demandé à des femmes américaines de donner les raisons pour lesquelles elles ne faisaient pas l'auto-examen mensuel de leurs seins. Bien qu'entre 75 % et 90 % des cancers du sein soient découverts par les femmes elles-mêmes, 42 % des femmes de l'échantillon doutaient de leur capacité de déceler une masse. De nombreuses femmes ne font pas l'auto-examen de leurs seins parce que leur médecin effectue un examen annuel, même si elles ont un avantage par rapport à leur médecin en ce sens qu'elles connaissent mieux que leur médecin la topographie de leurs propres seins[16]. Enfin, le cancer du sein est une question qui comporte une charge émotive énorme parce que pour la femme, ses seins sont étroitement liés à son sentiment d'être belle et séduisante. Certaines femmes peuvent éviter de faire l'auto-examen parce qu'il fait surgir ces émotions.

En Amérique du Nord, les femmes ne pratiquent pas régulièrement l'auto-examen des seins, bien que nombre d'entre elles aient essayé de le faire et que la plupart croient qu'elles devraient adopter cette pratique. Peut-être que si plus de femmes savaient que, le plus souvent, la mastectomie radicale n'est plus nécessaire et que dans 95 % des cas ce sont les femmes elles-mêmes qui décèlent le cancer à un stade précoce, elles ne seraient pas aussi nombreuses à éviter cette pratique ou à retarder le moment de se faire soigner lorsqu'elles trouvent effectivement une masse. En plus de corriger les idées fausses au sujet du traitement du cancer du sein, il est important de se pencher sur les questions qui entourent l'enseignement de la technique de l'auto-examen des seins. Les femmes peuvent apprendre cette technique de leurs amies, dans des revues, des brochures, des vidéos, de leur médecin ou dans des centres de formation spéciaux. Les femmes apprennent mieux lorsqu'elles reçoivent une formation individuelle, mais même cette méthode ne garantit aucunement que l'examen sera bien effectué.

Selon les premiers résultats de l'Étude nationale canadienne sur le dépistage du cancer du sein, il semblerait qu'un an après avoir reçu une formation individuelle, 2 ou 3 % des femmes, au plus, faisaient ce qui pourrait être considéré comme un « examen optimal »[15]. Si l'on se penche à la fois sur les obstacles pratiques et psychologiques qui s'opposent à l'exécution de l'auto-examen des seins, il est clair qu'en plus de fournir aux femmes de l'information factuelle, exacte et positive, il faut leur donner un appui psychologique afin d'assurer que l'AES soit pratiqué de façon optimale. Tout programme d'éducation devrait fournir de l'information qui vise à faire en sorte que les femmes se sentent exposées au cancer du sein, mais conservent un certain optimisme en ce qui concerne l'issue de la maladie si elle est diagnostiquée tôt.

Répercussions

L'adoption de toute mesure préventive est une question de choix individuel. Il y a de nombreux facteurs qui peuvent influer sur la décision de pratiquer l'auto-examen des seins ou de subir un test Pap, à savoir la perception de son corps, le sentiment de sa valeur personnelle, le sentiment de vulnérabilité, des antécédents de cancer, la capacité d'assumer l'information obtenue à chaque examen, un milieu encourageant et l'engagement personnel envers sa propre santé, pour n'en nommer que quelques-uns.

Les organismes qui travaillent à promouvoir l'utilisation de ces pratiques préventives doivent reconnaître que les femmes qui reçoivent l'information nécessaire et bénéficient d'un milieu encourageant peuvent faire des

choix personnels qui répondent à leurs besoins. C'est pourquoi il importe au plus haut point de leur fournir de l'information adéquate en tenant compte de leur âge, du groupe ethnique auquel elles appartiennent, de leur niveau d'instruction et de revenu afin qu'elles puissent prendre des décisions éclairées. En ce qui concerne le milieu, il permettra de veiller à ce que l'information soit adaptée aux besoins, à ce qu'on apprenne aux femmes à examiner leurs seins, à ce que les professionnels de la santé soient accessibles et puissent répondre aux questions, faire les examens et expliquer les résultats de manière à dissiper les craintes et les inquiétudes. Il est tout à fait concevable qu'en dépit de ces efforts il restera toujours un certain nombre de femmes qui refuseront de subir le test Pap ou de pratiquer l'AES. Leurs raisons seront sans doute valables pour les intéressées.

Les données présentées dans ce chapitre laissent entrevoir l'existence d'une relation entre l'âge, la situation socio-économique et le recours aux pratiques préventives. Il y a un groupe important de femmes (celles qui ont moins de 25 ans ou plus de 60 ans, qui sont peu instruites et dont le revenu est faible) qui ne pratiquent pas l'AES et qui ne subissent pas un test Pap annuellement. Il faut que nous utilisions les enquêtes comme l'Enquête Promotion Santé pour nous tenir au fait des caractéristiques des femmes qui décident d'appliquer des pratiques préventives et de celles qui ne le font pas. Cette information nous aidera à comprendre ce qui motive les choix.

Il faut peut-être maintenant examiner les données afin de déterminer dans quelle mesure l'AES et les tests Pap réguliers permettent d'accroître la probabilité du dépistage précoce du cancer et présenter cette information aux femmes tout en leur faisant comprendre que, s'il est sensé de prendre ces mesures préventives, il y a des circonstances qui peuvent les empêcher de le faire. Le climat doit être tel que la femme se sentira ambivalente, incertaine et craintive, mais non coupable. S'il est possible d'intégrer ces sentiments dans des campagnes de promotion et des programmes d'éducation, il deviendra peut-être plus facile d'inciter les femmes à pratiquer l'AES et à subir régulièrement le test Pap.

Bibliographie

1. **Groupe d'étude sur l'examen médical périodique**. « L'examen médical périodique, mise à jour 1985 ». *L'Union médicale du Canada*, vol. 115, no 4 (1986), p. 264.

2. **Santé et Bien-être social Canada et Statistique Canada**. *Causes principales de décès dus au cancer au Canada*. Ottawa, Ministre des Approvisionnements et Services Canada, 1981.

3. **Metropolitan Life Insurance Company**. « Mortality trends of lung and breast cancer in women ». *Statistical Bulletin*, vol. 66, no 3 (juillet-septembre 1985), p. 4-9.

4. **D.T. Wigle** *et al.* « Cancer patterns in Canada ». *Canadian Medical Association Journal*, vol. 134 (1986).

5. **The Boston Women's Health Book Collective**. *The New Our Bodies, Ourselves*. New York, Simon & Schuster, 1984.

6. **M. Garner**. « PAP Smear Fears ». *SELF* (1986).

7. **Santé et Bien-être social Canada, Direction générale des services et de la promotion de la santé**. « Cervical cancer screening programs: Summary of the 1982 Canadian task force report ». *Canadian Medical Association Journal*, vol. 127 (1982).

8. **C. Marcus**. « SOGC Holds 41st Annual Conference ». *Canadian Medical Association Journal*, vol. 133 (1985).

9. **Santé et Bien-être social Canada et Statistique Canada**. *La santé des Canadiens : rapport de l'Enquête Santé Canada*. Ottawa, Ministre des Approvisionnements et Services Canada (no de catalogue 82-538F), 1981.

10. **O.T. Thornberry** *et al.* « Health promotion data for the 1990 Objectives. Estimates from the National Health Interview Survey of Health Promotion and Disease Prevention: United States, 1985 ». *Advance Data From Vital and Health Statistics*, vol. 126 (19 septembre 1986). Hyattsville (Maryland), U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service (publ. no PHS 86-1250).

11. **S.S. Kegeles**. « Education for breast self-examination: Why, Who, What, and How? » *Preventive Medicine*, vol. 14 (1985), p. 702-720.

12. **A.B. Miller** *et al.* « Self-examination in the early detection of breast cancer. A review of the evidence, with recommendations for further research ». *Journal of Chronic Disorders*, vol. 38 (1985), p. 527-540.

13. **D. Benzais**. « Breast-confidence check ». *SELF* (septembre 1985).

14. **D.S. Heather et M.M. Roberts**. « Older women's attitudes toward breast disease, self-examination, and screening facilities: implications for communication ». *Health Education Research* (numéro pilote, 1985).

15. **C.J. Baines**. « Some thoughts on why women don't do breast self-examination ». *Canadian Medical Association Journal*, vol. 128 (1983), p. 255-270.

16. **P. Manga** *et al.* « Factors influencing breast self-examination: An analysis of the Canada Health Survey ». Communication présentée à la 24e Conférence annuelle de l'Association canadienne d'hygiène publique, St. John's (Terre-Neuve), le 1er juin 1983.

TABLEAU 1 : **FRÉQUENCE DÉCLARÉE DU TEST PAP CHEZ LES FEMMES, SELON L'ÂGE, LE NIVEAU D'INSTRUCTION ET LA LANGUE, PAR PROVINCE, FEMMES DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985**

		« Quand avez-vous subi votre dernier test Pap pour le dépistage du cancer? »			
	Population (en milliers)	Au cours de la dernière année (%)	Au cours des 2 ou 3 dernières années (%)	Il y a plus de 3 ans (%)	Jamais %
Nombre total de femmes de 15 ans et plus	9 989	56,4	14,6	10,4	14,3
ÂGE					
15-24	2 130	53,0	5,7	1,9*	35,1
25-34	2 250	75,2	13,6	3,0*	5,1
35-44	1 760	64,0	18,0	11,3	4,4*
45-54	1 257	54,0	19,2	14,6	6,5
55-64	1 199	47,3	19,3	21,5	7,2
65 et plus	1 392	31,6	17,2	20,6	23,2
NIVEAU D'INSTRUCTION					
Études primaires et quelques années d'études secondaires	3 715	44,7	14,8	14,3	20,4
Études secondaires et quelques années d'études post-secondaires	4 090	60,8	14,5	8,4	13,1
Études post-secondaires	2 055	68,8	15,0	7,3	6,4
PROVINCE					
Terre-Neuve	212	50,9	11,9	14,3	18,5
Î.-P.-É.	48	56,8	11,6	10,8	15,3
Nouvelle-Écosse	347	53,3	12,6	14,1	14,0
Nouveau-Brunswick	277	49,4	13,7	11,6	18,6
Québec	2 641	56,3	11,4	11,2	18,6
Ontario	3 634	56,7	16,3	10,2	12,9
Manitoba	418	58,3	16,9	7,6*	11,5
Saskatchewan	381	58,8	14,3	11,0*	10,6*
Alberta	873	62,2	12,5	9,0	10,7
C.-B.	1 149	53,3	18,8	8,6*	12,2
Yukon	8	65,0	12,3	8,6	6,6
LANGUE					
Anglais	6 621	59,0	15,4	10,4	10,8
Français	2 529	54,3	11,9	11,5	19,6

* forte variabilité d'échantillonnage

TABLEAU 2 : **FRÉQUENCE DE L'AUTO-EXAMEN DES SEINS ET DE L'EXAMEN DES SEINS PAR UN MÉDECIN OU UNE INFIRMIÈRE, SELON L'ÂGE, LE NIVEAU D'INSTRUCTION ET LA LANGUE, PAR PROVINCE, FEMMES DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985**

		« Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fait examiner vos seins par un médecin ou une infirmière? »	« Selon quelle périodicité faites-vous l'auto-examen des seins? »			
	Population (en milliers)	Oui (%)	Une fois par mois (%)	Tous les 2 ou 3 mois (%)	Moins souvent (%)	Jamais (%)
Nombre total de femmes de 15 ans et plus	9 989	64,5	37,9	18,3	17,3	23,5
ÂGE						
15-24	2 130	61,0	31,2	9,4	20,2	36,4
25-34	2 250	71,9	36,7	24,7	18,6	17,8
35-44	1 760	70,7	41,4	21,1	14,1	21,4
45-54	1 257	67,4	42,2	23,2	13,4	16,4
55-64	1 199	57,0	44,9	19,3	16,9	14,6
65 et plus	1 392	54,1	35,5	12,8	18,4	30,0
NIVEAU D'INSTRUCTION						
Études primaires et quelques années d'études secondaires	3 715	54,8	34,2	17,4	16,3	28,3
Études secondaires et quelques années d'études post-secondaires	4 090	68,4	39,0	17,4	18,1	17,2
Études post-secondaires	2 055	75,4	43,8	21,9	17,2	14,8
PROVINCE						
Terre-Neuve	212	49,8	44,4	19,1	15,0	18,0
Î.-P.-É.	48	60,5	36,4	17,6	19,4	22,9
Nouvelle-Écosse	347	54,0	36,7	15,6	18,1	25,2
Nouveau-Brunswick	277	52,0	34,9	16,3	18,4	24,9
Québec	2 641	66,5	36,6	19,9	15,9	26,1
Ontario	3 634	65,3	38,3	16,1	17,4	25,6
Manitoba	418	66,0	41,2	20,9	17,6	16,4
Saskatchewan	381	63,2	35,6	21,5	16,9	22,5
Alberta	873	68,1	43,0	19,1	16,3	17,1
C.-B.	1 149	63,7	35,1	20,2	20,4	19,1
Yukon	8	61,0	36,8	22,6	15,2	19,1
LANGUE						
Anglais	6 621	65,4	40,7	18,4	17,5	20,5
Français	2 529	63,5	34,4	20,1	16,3	27,6

TABLEAU 3 : **CONNAISSANCE DE LA TECHNIQUE DE L'AUTO-EXAMEN DES SEINS (AES) ET RELATION ENTRE LA CONNAISSANCE ET L'APPLICATION DE LA TECHNIQUE, SELON L'ÂGE, LE NIVEAU D'INSTRUCTION ET LA LANGUE, PAR PROVINCE, FEMMES DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985**

		« Est-ce qu'on vous a déjà montré comment faire l'auto-examen de vos seins? »	Si oui, « Selon quelle périodicité faites-vous l'auto-examen des seins? »			
	Population (en milliers)	Oui (%)	Une fois par mois (%)	Tous les 2 ou 3 mois (%)	Moins souvent (%)	Jamais (%)
Nombre total de femmes de 15 ans et plus	9 989	74,5	47,2	22,0	18,4	12,4
ÂGE						
15-24	2 130	63,2	46,8	13,5	25,7	14,0
25-34	2 250	82,7	41,2	28,3	19,1	11,4
35-44	1 760	82,1	48,9	22,2	13,0	15,9
45-54	1 257	78,8	51,2	24,5	15,5	8,8
55-64	1 199	77,2	53,3	23,3	14,1	9,1
65 et plus	1 392	63,0	46,6	17,6	22,1	13,8
NIVEAU D'INSTRUCTION						
Études primaires et quelques années d'études secondaires	3 715	70,6	46,4	23,2	17,5	13,0
Études secondaires et quelques années d'études post-secondaires	4 090	82,5	47,4	19,9	18,7	14,0
Études post-secondaires	2 055	84,1	48,9	24,3	18,1	8,6
PROVINCE						
Terre-Neuve	212	65,1	57,8	20,9	14,3	7,0*
Î.-P.-É.	48	65,9	46,5	23,2	19,3	11,0
Nouvelle-Écosse	347	67,2	48,2	19,1	21,3	11,4
Nouveau-Brunswick	277	64,1	47,3	21,5	21,4	9,8*
Québec	2 641	79,6	44,1	24,0	17,3	14,7
Ontario	3 634	72,0	49,1	18,6	18,8	13,5
Manitoba	418	76,9	47,1	25,8	17,8	9,3*
Saskatchewan	381	70,5	44,1	25,5	17,3	13,1
Alberta	373	77,1	51,5	23,0	16,5	8,9*
C.-B.	1 149	76,2	44,8	25,3	20,7	8,9*
Yukon	8	74,6	47,5	26,6	15,4	10,0
LANGUE						
Anglais	6 621	76,3	47,2	24,0	18,5	10,4
Français	2 529	78,5	45,3	21,9	18,8	14,0

* forte variabilité d'échantillonnage

TABLEAU 4 : **CROYANCES CONCERNANT LA PÉRIODICITÉ IDÉALE DE L'AUTO-EXAMEN DES SEINS, SELON L'ÂGE, LE NIVEAU D'INSTRUCTION ET LA LANGUE, PAR PROVINCE, FEMMES DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985**

		« À votre avis, selon quelle périodicité une femme devrait-elle faire l'auto-examen de ses seins? »			
	Population (en milliers)	**Une fois par mois (%)**	**Tous les 2 ou 3 mois (%)**	**Moins souvent (%)**	**Jamais (%)**
Nombre total de femmes de 15 ans et plus	9 989	67,8	10,7	6,1	1,3
ÂGE					
15-24	2 130	61,8	11,2	9,6	1,1*
25-34	2 250	70,5	13,5	7,4	–
35-44	1 760	75,0	9,0	4,2*	1,6*
45-54	1 257	76,4	6,7	2,0*	1,9*
55-64	1 199	68,3	11,4	5,0*	–
65 et plus	1 392	55,6	10,7	5,8*	2,6*
NIVEAU D'INSTRUCTION					
Études primaires et quelques années d'études secondaires	3 715	61,0	10,7	6,4	2,2*
Études secondaires et quelques années d'études post-secondaires	4 090	70,8	11,3	7,9	–
Études post-secondaires	2 055	76,0	10,4	2,2*	1,4*
PROVINCE					
Terre-Neuve	212	66,1	18,2	3,7*	–
Î.-P.-É.	48	71,4	10,8	3,1*	–
Nouvelle-Écosse	347	68,2	8,4*	3,9*	–
Nouveau-Brunswick	277	62,3	11,0	4,5*	–
Québec	2 641	64,0	14,6	8,2	–
Ontario	3 634	68,4	8,8	6,8	–
Manitoba	418	74,7	9,9*	2,7*	–
Saskatchewan	381	70,8	10,6*	4,3*	–
Alberta	873	71,8	10,7	4,0	–
C.-B.	1 149	69,7	7,6*	4,3*	–
Yukon	8	71,2	10,7	4,6*	–
LANGUE					
Anglais	6 621	72,1	10,0	4,2	–
Français	2 529	61,9	14,5	10,0	2,5

* forte variabilité d'échantillonnage
– ne peuvent être diffusées

Partie

Dans cette partie il sera question de sécurité et de prévention des accidents dans trois lieux différents — sur la route, à la maison et au travail. Comme les programmes de promotion de la sécurité sont souvent axés sur ces lieux, l'auteur, Reg Warren, a choisi de les traiter dans trois chapitres distincts, alors que certains thèmes tels que les différences interprovinciales et démographiques sont abordés dans chaque chapitre.

Le chapitre 8 traite de la sécurité routière. L'auteur y fait non seulement le point sur des questions aussi courantes que le port de la ceinture de sécurité, mais livre aussi de nouvelles données importantes sur la conduite et la consommation d'alcool.

Le chapitre 9 porte sur la sécurité au foyer, sujet qui est habituellement relégué au second plan par rapport à la sécurité routière et à la sécurité au travail, étant donné que l'on dispose de peu de données sur l'ampleur du phénomène des accidents au foyer. On n'y trouve pas de statistiques sur les accidents, mais un aperçu des facteurs susceptibles de réduire la fréquence ou la gravité des accidents au foyer. Ce chapitre traite également des premiers soins et de la réanimation cardio-respiratoire, ainsi que de la présence des détecteurs de fumée et d'autres dispositifs de sécurité au foyer. Il touche aussi à la santé de l'enfant, question qui, bien qu'étant plus vaste que celle de la sécurité, est fortement rattachée à la sécurité à la maison et dans ses environs.

La sécurité au travail et la promotion de la santé en milieu de travail sont les sujets abordés au chapitre 10. Aux considérations traditionnellement rattachées à ce sujet vient se greffer un sujet de préoccupation nouveau et récent, à savoir la question du contrôle de la consommation de tabac en milieu de travail. Comme dans le cas de la conduite avec facultés affaiblies, il s'agit des premières données sur le sujet qui ressortent d'une enquête nationale.

8

La sécurité sur la route

R.A. Warren
Unité des études en promotion de la santé
Santé et Bien-être social Canada

Remerciements : Nous tenons à remercier l'Unité de l'alcool, des drogues et de l'hypertension, Direction de la promotion de la santé.

Points saillants

- La majorité des Canadiens affirment ne pas conduire après avoir consommé de l'alcool.
- Seulement 16 % des Canadiens adultes ont déclaré avoir pris le volant après avoir consommé de l'alcool au moins une fois au cours du mois précédant l'enquête.
- On estime à 10 millions le nombre de cas de conduite après consommation d'alcool au cours de la période de 30 jours visée par l'enquête.
- Plus de 50 % de ces cas sont le fait de moins de 3 % des Canadiens adultes.
- Les taux les plus élevés de cas de conduite après consommation d'alcool sont signalés par les répondants du Yukon (22 %) et de l'Alberta (21 %), tandis que c'est à Terre-Neuve et au Nouveau-Brunswick (12 %) qu'on note les taux les plus bas.
- Les attitudes et croyances à l'égard de la conduite après consommation d'alcool sont fortement rattachées aux comportements réels en la matière.
- La majorité des cas de conduite après consommation d'alcool sont le fait de gens qui croient pouvoir conduire prudemment après avoir consommé cinq verres ou plus. Les jeunes hommes pensent pouvoir consommer plus d'alcool que quiconque sans pour autant être dangereux au volant.
- En général, les personnes qui prennent le volant après avoir consommé de l'alcool font beaucoup plus souvent une consommation régulière de marijuana et utilisent beaucoup moins souvent leur ceinture de sécurité.
- Il arrive souvent que les personnes qui prennent le volant après avoir consommé de l'alcool fréquentent de gros buveurs et d'autres personnes qui conduisent après avoir bu, ce qui renforce leur idée que la conduite avec facultés affaiblies est un comportement socialement acceptable.

Les gens interviennent pour empêcher la conduite avec facultés affaiblies.

- Au cours de l'année précédant l'enquête, un Canadien sur trois a eu l'occasion d'empêcher quelqu'un de conduire sous l'influence de l'alcool.
- Lorsqu'ils se sont trouvés dans une situation semblable, trois Canadiens sur quatre sont intervenus pour empêcher une personne ayant consommé de l'alcool de prendre le volant.
- 95 % des Canadiens affirment préférer payer la course en taxi plutôt que de laisser un ami prendre le volant après avoir consommé de l'alcool.

La sécurité routière est une question très importante.

- 82 % des Canadiens estiment que la sécurité routière est une question qui devrait figurer au premier rang des préoccupations des autorités publiques.
- Parmi les questions examinées dans le domaine de la santé, la sécurité routière arrive en tête de liste des priorités.
- Les répondants ne souhaitent pas particulièrement obtenir de l'information sur la sécurité routière et la prévention des accidents, ce qui donne à penser que les autorités publiques devraient s'employer à trouver d'autres moyens de s'attaquer au problème de la sécurité.

Le pourcentage d'adultes qui portent leur ceinture de sécurité est passé à 78 %.

- 78 % des adultes déclarent porter « toujours » ou « presque toujours » leur ceinture de sécurité.
- Ce chiffre représente une hausse d'environ 13 % par rapport au taux signalé il y a six ans.
- Cette augmentation s'explique tant par la législation relative au port de la ceinture que par la tendance accrue des gens à prendre d'eux-mêmes cette précaution, même en l'absence de réglementation en la matière.

Quatre-vingt-quatre pour cent des adultes insistent pour que leurs enfants portent la ceinture de sécurité ou utilisent les sièges de bébé.

- 84 % des adultes déclarent insister toujours pour que leurs enfants portent la ceinture de sécurité et utilisent des sièges de bébé.
- Ce phénomène est attribuable d'une part à la législation et d'autre part à l'initiative personnelle.
- Les adultes qui ne portent pas la ceinture de sécurité sont moins portés à insister pour que leurs enfants prennent cette précaution ou utilisent les sièges de bébé.

Introduction

Les données fournies dans ce chapitre sont tirées principalement de deux séries de questions : les questions 41 à 45 qui traitent de la conduite et de la consommation d'alcool et les questions 54 et 55 qui portent sur la ceinture de sécurité et les sièges de bébé. D'autres données proviennent des questions 11 et 12, relatives aux besoins en information, et de la question 79, portant sur l'importance que doivent accorder les autorités publiques aux questions liées à la santé. Dans ces deux derniers cas, la sécurité n'était qu'un sujet parmi tant d'autres. La formulation de la plupart de ces questions est fournie dans les diverses parties de ce chapitre; le questionnaire intégral est reproduit à l'annexe B.

Pour la formulation de ces questions, on s'est inspiré autant que possible des questions qui s'étaient révélées utiles au cours des enquêtes précédentes. Pour certaines questions, des périodes de référence précises ont été fixées (p. ex., avoir pris le volant après avoir consommé de l'alcool au cours des 30 derniers jours; avoir été en présence d'une personne qui avait les facultés affaiblies au cours des 12 derniers mois), et l'on a choisi celles-ci de manière à concilier le mieux possible l'exactitude du souvenir et la fréquence des événements. L'inconvénient de cette approche est qu'il peut être difficile ou impossible d'appliquer à toute l'année un comportement très précisément situé dans le temps, par exemple en mai 1985.

Certaines des conclusions présentées ici ne s'appliquent logiquement qu'à certains groupes, et les tableaux le montrent toujours clairement. Ainsi, les résultats valables pour les personnes qui prennent le volant après avoir bu ne tiennent pas compte de ceux qui ne boivent ni ne conduisent.

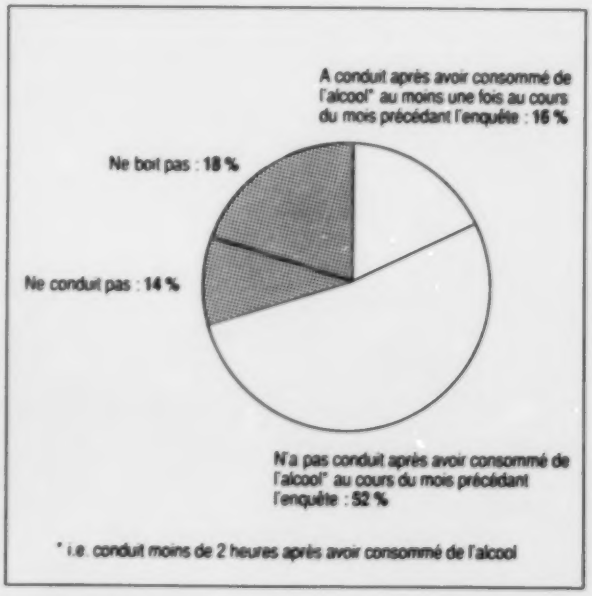
Il existe un autre type d'exclusion, à savoir la catégorie « je l'ignore » ou « pas de réponse ». Pour la plupart des questions, ce phénomène concerne tout au plus 4 % des répondants et a peu de répercussions sur les résultats. Il y a une exception à la règle, à savoir la question sur les initiatives gouvernementales, où le nombre de réponses dans la catégorie « pas de réponse » est considérable pour certains groupes. Ce phénomène est illustré au tableau 8.

Le principal biais qui pourrait fausser certaines conclusions présentées dans ce chapitre est le désir naturel des répondants de faire état de comportements socialement admis. Cette remarque s'applique à la conduite après consommation d'alcool, au port de la ceinture de sécurité et à l'utilisation des sièges de bébé, et le biais est sans doute particulièrement marqué lorsque le comportement en question peut être illégal. Si ce biais peut se répercuter sur les taux signalés, il risque moins d'avoir d'effet sur les comparaisons entre différents groupes.

Un autre facteur qu'il ne faut pas perdre de vue en prenant connaissance des statistiques c'est que les résultats ne sont pas uniformisés pour les caractéristiques telles que l'âge, le sexe et la classe sociale. Ainsi, les comparaisons interprovinciales ne tiennent pas compte par exemple des différences d'âge entre le Manitoba (où les répondants sont plus âgés) et l'Alberta (où ils sont plus jeunes) ou des différences de revenu entre l'Ontario et Terre-Neuve. Les écarts sur les plans de l'âge, du sexe et de la catégorie sociale peuvent aussi influer sur d'autres comparaisons, par exemple sur celles de la consommation de marijuana chez les personnes qui conduisent après avoir bu et chez celles qui ne conduisent pas après avoir bu. Si ce manque d'uniformisation peut amenuiser certaines des différences entre les groupes relevées dans ce chapitre, l'impact est probablement négligeable dans la plupart des cas, ainsi que nous l'avons expliqué à l'annexe A.

La conduite et la consommation d'alcool

FIGURE A : **LA CONDUITE ET LA CONSOMMATION D'ALCOOL : DISTRIBUTION DE LA POPULATION SELON LE COMPORTEMENT AU COURS DU MOIS PRÉCÉDANT L'ENQUÊTE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985**



L'Enquête Promotion Santé renferme la question suivante : « Au cours du mois passé, combien de fois avez-vous conduit moins de deux heures après avoir consommé une quantité quelconque d'alcool? » (Q.41). Seize pour cent de tous les répondants indiquent qu'ils l'ont fait au moins une fois au cours du mois précédent (figure A).

Au total, 18 % des répondants affirment qu'ils n'ont pas bu et 14 % qu'ils n'ont pas pris le volant. Trois répondants sur quatre qui consomment de l'alcool et qui conduisent déclarent qu'ils n'ont pas pris le volant après avoir bu au cours du mois précédant le sondage.

De tous ceux qui indiquent avoir pris le volant après avoir consommé de l'alcool au cours d'une période de 30 jours, 6 % ne l'auraient fait qu'une fois, 7 % de 2 à 4 reprises et 3 % cinq fois ou plus (tableau A).

TABLEAU A : **POURCENTAGE DE CAS DE CONDUITE APRÈS CONSOMMATION D'ALCOOL SIGNALÉS PAR DIVERS GROUPES, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985**

Nombre de cas au cours du mois précédant l'enquête	% de la population dans chaque groupe	Nombre total de cas signalés par chaque groupe	% de tous les cas
0+	81,8	0	0
1	6,1	1 202 000	11,7
2-4	7,4	3 919 000	38,1
5 ou plus	2,6	5 159 000	50,2
Pas de réponse	2,0	0	0

+ Ce chiffre tient compte des répondants qui ne boivent pas ainsi que de ceux qui ne conduisent pas.

Au total, on estime à 10,3 millions le nombre de cas de conduite après consommation d'alcool recensés au cours d'une période de 30 jours. Plus de la moitié de tous ces cas sont le fait d'une très faible proportion de Canadiens (3 %) qui affirment avoir pris le volant après avoir bu à cinq reprises ou plus au cours du mois précédent (tableau A).

Caractéristiques de la personne qui conduit après avoir bu

Les femmes sont moins portées que les hommes à prendre le volant après avoir consommé de l'alcool (tableaux 1, 2). La proportion de répondants qui déclarent avoir pris le volant une fois ou plus après avoir bu est de 25 % chez les hommes et 8 % chez les femmes, et plus de 80 % de tous les cas de conduite après consommation d'alcool sont le fait d'hommes.

Les personnes qui conduisent après avoir bu diffèrent de l'ensemble de la population selon toute une série de variables outre le sexe. De façon générale, elles appartiennent majoritairement à la catégorie des gens d'âge moyen; leurs niveaux de revenu et d'instruction sont supérieurs à la moyenne; elles sont le plus souvent célibataires, séparées ou divorcées; elles boivent davantage et fréquentent des gens qui consomment régulièrement de l'alcool. En outre, elles ont moins tendance à faire usage de la ceinture de sécurité et, au cours de l'année précédente, étaient deux fois plus portées à s'être trouvées en compagnie de quelqu'un qui avait trop bu pour conduire prudemment. Ce qui distingue surtout les gens qui conduisent après avoir bu des autres Canadiens c'est que les premiers sont presque trois fois plus nombreux à affirmer avoir consommé de la marijuana ou du haschich (tableau 2).

La conduite avec facultés affaiblies est signalée beaucoup moins souvent dans l'est du Canada que dans les provinces de l'Ouest (tableau 3). Dans les provinces de l'Atlantique et au Québec, la proportion de la population qui dit prendre le volant après avoir consommé de l'alcool au moins une fois au cours du mois précédent est invariablement faible (de 12 à 13 %). Par contre, ce phénomène concerne 16 % des Ontariens; et à l'ouest de l'Ontario, les taux sont uniformément plus élevés, le record étant détenu par le Yukon (22 %).

Attitudes des personnes qui prennent le volant après avoir bu

Les personnes qui disent prendre le volant après avoir bu ont de manière générale une attitude beaucoup plus libérale à l'égard de la consommation d'alcool et sont moins préoccupées par les problèmes liés à l'alcool que celles qui s'abstiennent de conduire après avoir bu. Elles sont plus enclines à considérer qu'il est socialement acceptable de s'enivrer, que la plupart des buveurs ne souffrent pas de problèmes rattachés à l'alcool et qu'il est possible de consommer une quantité considérable d'alcool sans mettre sa santé en péril (tableau B).

TABLEAU B : **POURCENTAGE DE LA POPULATION QUI A PRIS LE VOLANT APRÈS AVOIR BU AU MOINS UNE FOIS AU COURS DU MOIS PRÉCÉDANT L'ENQUÊTE, SELON LES ATTITUDES VIS-À-VIS DE LA CONSOMMATION D'ALCOOL, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985**

	Pourcentage de la population qui a pris le volant après avoir bu (au moins une fois au cours du mois précédant l'enquête)
ATTITUDES CONCERNANT LA CONSOMMATION D'ALCOOL	
« La plupart des gens ne voient aucun mal à ce que l'on s'enivre de temps à autre »	
– parmi ceux qui sont d'accord	22,0
– parmi ceux qui ne sont pas d'accord	12,7
« La plupart des buveurs n'éprouvent pas de problèmes de santé par suite de leur consommation d'alcool »	
– parmi ceux qui sont d'accord	22,4
– parmi ceux qui ne sont pas d'accord	14,6
« Boire modérément peut être bon pour la santé »	
– parmi ceux qui sont d'accord	20,4
– parmi ceux qui ne sont pas d'accord	13,4
« Nombre de verres que peut prendre une personne par semaine sans mettre sa santé en péril »	
– parmi ceux qui disent 8	16,4
– parmi ceux qui disent 8 à 14	23,5
– parmi ceux qui disent 15 ou plus	29,8

Croyances concernant la conduite et la consommation d'alcool

Les répondants qui ont déclaré avoir conduit après avoir consommé de l'alcool ont été priés de répondre à la question suivante : « Environ combien de verres pouvez-vous consommer sur une période de trois heures, avant de vous inquiéter au sujet de votre capacité de conduire? » (Q. 42). Il n'existe pas de réponse « exacte » à cette question, même si les études expérimentales ont montré que l'alcool, même en quantité minime, peut nuire à la capacité de conduire[1].

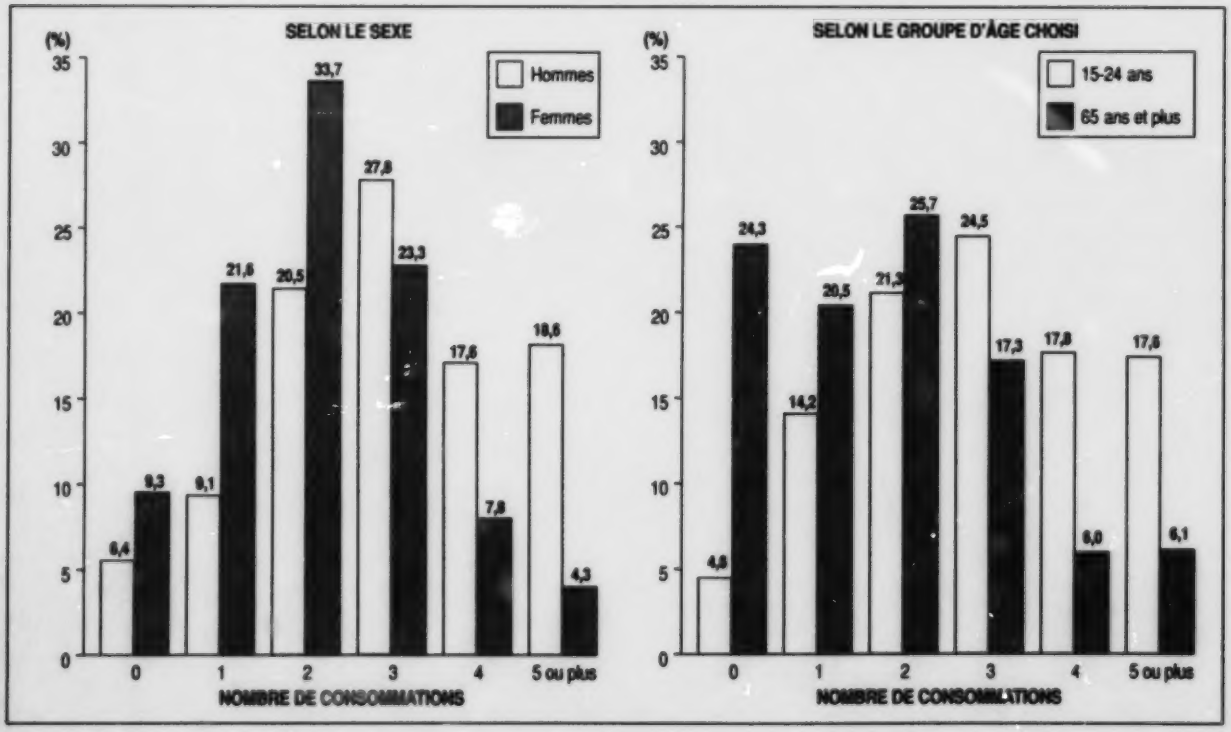
Plus de 25 % des Canadiens ont apparemment l'impression de pouvoir conduire prudemment après avoir bu quatre consommations ou plus au cours d'une période de trois heures. Vingt-six pour cent estiment qu'ils peuvent prendre le volant sans danger après avoir pris soit deux soit trois consommations. Seulement 8 % des répondants considèrent qu'ils ne doivent pas consommer d'alcool au moins trois heures avant de conduire (tableau 4).

Les hommes croient qu'ils peuvent consommer beaucoup plus d'alcool que les femmes sans se préoccuper de leur capacité de conduire. En effet 19 % des hommes (contre 4 % des femmes) estiment qu'ils peuvent prendre cinq consommations ou plus avant de s'inquiéter de leur capacité de prendre le volant (figure B).

De même, les jeunes estiment qu'ils peuvent consommer plus d'alcool que les personnes âgées sans que cela n'influe sur leur capacité de conduire prudemment. À preuve, 45 % des répondants âgés de 65 ans et plus estiment qu'ils ne peuvent pas prendre le volant en toute sécurité après avoir consommé ne serait-ce qu'un seul verre, alors que ce sentiment n'est partagé que par 19 % des répondants âgés de 15 à 24 ans. En revanche, 18 % des répondants âgés de 15 à 24 ans jugent qu'ils peuvent prendre le volant après avoir consommé 5 verres ou plus alors que ce chiffre n'est que de 6 % chez les répondants de 65 ans et plus (figure B).

Lorsqu'on analyse les données en fonction de l'âge et du sexe, on s'aperçoit que les jeunes conducteurs de sexe masculin croient pouvoir boire davantage que quiconque sans pour autant représenter un danger au volant. Près de la moitié (49 %) de ce groupe considèrent qu'ils peuvent consommer au moins quatre verres et conduire prudemment (tableau 4).

FIGURE B : « ENVIRON COMBIEN DE VERRES POUVEZ-VOUS CONSOMMER SUR UNE PÉRIODE DE TROIS HEURES, AVANT DE VOUS INQUIÉTER AU SUJET DE VOTRE CAPACITÉ DE CONDUIRE? », POURCENTAGE DE LA POPULATION SELON DES GROUPES D'ÂGE CHOISIS ET LE SEXE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985



De manière générale, les croyances concernant la quantité d'alcool que peut absorber une personne sans pour autant représenter un danger au volant varient considérablement d'une province à l'autre. Vingt-deux pour cent des Manitobains ont l'impression de pouvoir consommer cinq verres ou plus avant de s'inquiéter de leur capacité de conduire, sentiment qui est partagé uniquement par 9 % des adultes à l'Île-du-Prince-Édouard (tableau 5).

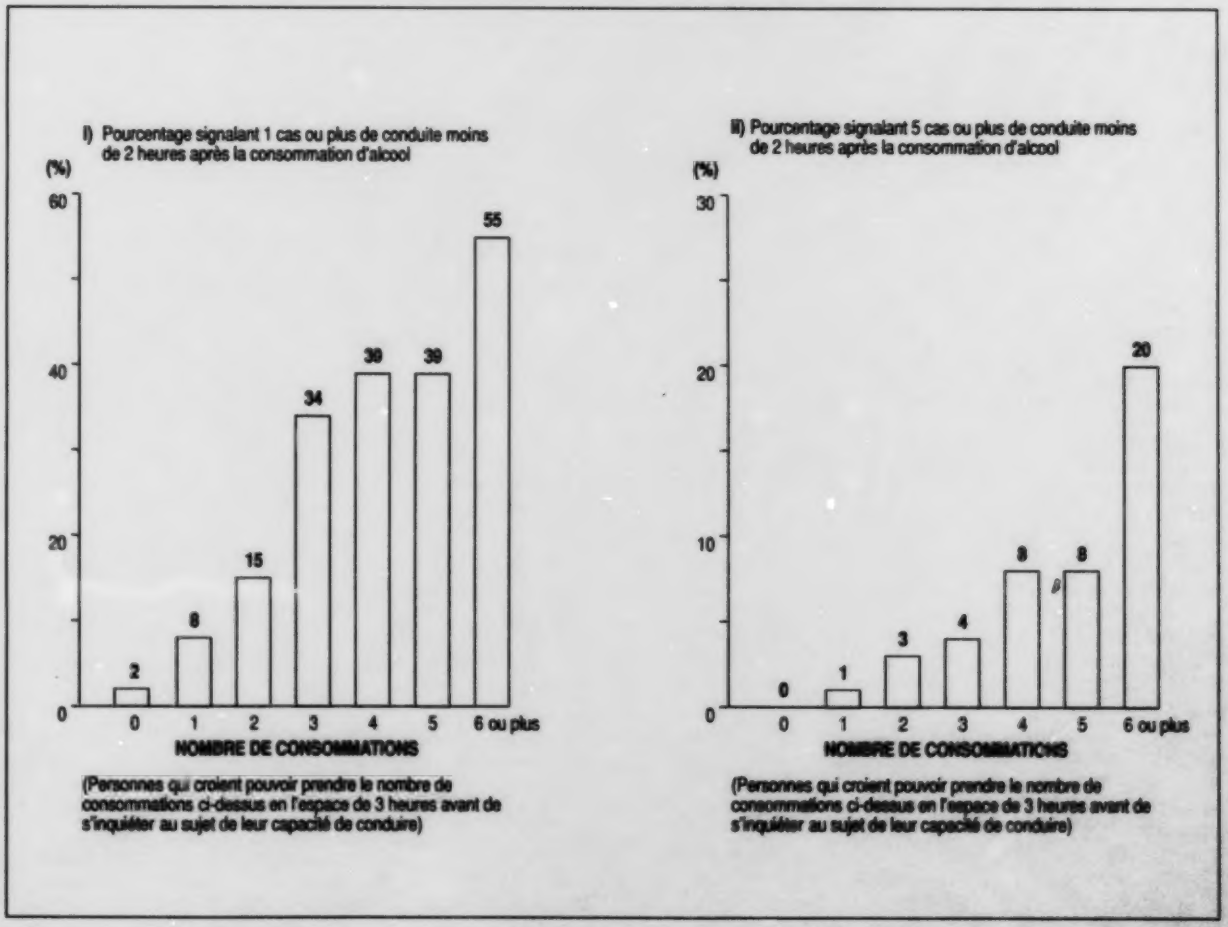
Rapport entre les croyances et le comportement

Les croyances concernant la quantité d'alcool qu'une personne peut absorber sans s'inquiéter de sa capacité de conduire sont fortement rattachées au comportement en la matière. De tous ceux qui affirment ne pas pouvoir conduire prudemment après avoir absorbé la moindre quantité d'alcool, seulement 2 % ont effectivement pris le volant ne serait-ce qu'une fois après avoir bu, au cours de la période de 30 jours. De ceux qui déclarent pouvoir consommer plus de cinq verres avant de s'inquiéter de leur capacité de conduire, 55 % ont pris le volant au moins une fois et 20 % disent l'avoir fait cinq fois ou plus au cours du mois précédant l'enquête (figure C).

Analyse

Si l'on en juge par ces témoignages personnels, l'idée que les Canadiens seraient nombreux à conduire après avoir consommé de l'alcool semble relever d'un mythe. En effet, 84 % d'entre eux déclarent s'abstenir de prendre le volant lorsqu'ils ont bu. Même si l'on restreint le champ de notre étude aux seuls conducteurs et consommateurs d'alcool, on s'aperçoit que 75 % des Canadiens affirment qu'ils évitent d'associer ces deux activités.

FIGURE C : **POURCENTAGE DE LA POPULATION QUI, AU COURS DU MOIS PRÉCÉDANT L'ENQUÊTE, A CONDUIT MOINS DE 2 HEURES APRÈS AVOIR CONSOMMÉ DE L'ALCOOL, SELON LES CROYANCES CONCERNANT LA CONDUITE APRÈS LA CONSOMMATION D'ALCOOL, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985**



En outre, plus de la moitié de tous les cas de conduite après consommation d'alcool sont le fait d'une faible minorité (3 %) de Canadiens qui s'obstinent à prendre le volant après avoir bu. Ces conducteurs montrent aussi qu'ils ont une propension à prendre d'autres risques, par exemple, ils sont beaucoup plus nombreux à consommer du cannabis et moins nombreux à utiliser leur ceinture de sécurité (tableau 2). La fréquence de ces comportements dangereux (conduire après avoir consommé de l'alcool, consommer de la marijuana et ne pas utiliser la ceinture de sécurité) témoigne d'une certaine désinvolture à l'égard de leur sécurité personnelle ainsi que face aux risques auxquels ils exposent les autres.

Les croyances au sujet de la quantité d'alcool que quelqu'un peut absorber sans être dangereux au volant sont étroitement liées à la propension à conduire après avoir consommé de l'alcool. Cette constatation est alarmante dans la mesure où elle donne à penser que les gens qui sont le plus portés à prendre le volant après avoir bu sont ceux qui croient pouvoir absorber plus d'alcool que quiconque sans pour autant être dangereux au volant. Le plus inquiétant, cependant, c'est que cette remarque s'applique davantage au cas des jeunes conducteurs de sexe masculin. Malheureusement, c'est précisément le contraire qui est vrai, à savoir que la consommation d'alcool même en quantité minime est un comportement plus dangereux chez les jeunes conducteurs que chez les plus âgés[2].

Enfin, une autre constatation qui revêt énormément d'intérêt pour la promotion de la santé, c'est que ceux qui prennent fréquemment le volant après avoir bu sont non seulement de gros buveurs mais aussi des gens dont les amis boivent beaucoup. C'est dire que la conduite avec facultés affaiblies est sans doute un phénomène fortement concentré à l'intérieur de petits groupes dans la société canadienne qui se livrent à cette pratique régulièrement, ce qui renforce chez les membres de ces groupes l'idée qu'il s'agit d'un comportement acceptable.

Il importe ici de faire certaines réserves. En effet, il faut souligner que les données concernant la conduite avec facultés affaiblies reposent sur des témoignages personnels qui ne coïncident pas nécessairement avec le comportement réel. Les résultats que nous mettons en évidence semblent indiquer que la conduite avec facultés affaiblies est un phénomène moins important que nous le révèlent les enquêtes sur la route[3], mais il n'y a rien d'étonnant à cela. En effet, ce genre d'enquêtes ont sans doute tendance à surestimer la fréquence de la conduite après consommation d'alcool car elles sont généralement réalisées à des moments où ce phénomène risque le plus de se produire. L'ampleur véritable de ce problème se situe probablement quelque part entre les taux signalés ici et ceux qui sont relevés dans les enquêtes sur la route. Ensuite, les résultats dont rend compte notre étude ont trait à la conduite après consommation d'alcool au cours d'une période donnée de 30 jours (mai-juin 1985) et l'on peut difficilement procéder à des extrapolations à partir de là puisque ce sont des comportements susceptibles de varier d'un mois à l'autre[4]. Enfin, la question concernait la conduite après consommation de n'importe quelle quantité d'alcool. Il est probable que dans bon nombre de ces cas, le niveau de consommation était inférieur à la limite autorisée par la loi.

Bien qu'il soit difficile d'estimer l'ampleur du phénomène de la conduite avec facultés affaiblies et même d'établir la fréquence réelle de la conduite après consommation d'alcool, le lien qui existe entre cette pratique et les attitudes, croyances et autres comportements dangereux laisse entendre que cette question devrait continuer de mobiliser l'attention du public.

La prévention de la conduite avec facultés affaiblies

Les répondants à l'enquête ont été priés d'indiquer s'ils s'étaient trouvés, au cours des 12 derniers mois, en compagnie d'un ami ou d'un parent qui à leur avis avait trop bu pour conduire prudemment (Q.44). Ceux qui s'étaient trouvés dans cette situation devraient indiquer si, la dernière fois que cela s'est produit, ils avaient tenté de dissuader cette personne de conduire (Q.45).

Un Canadien adulte sur trois (33 %) déclare s'être retrouvé au cours de l'année précédente en présence d'une personne qui risquait de prendre le volant avec les facultés affaiblies par l'alcool. Plus de trois de ces personnes sur quatre auraient tenté d'empêcher l'intéressé de le faire (figure D).

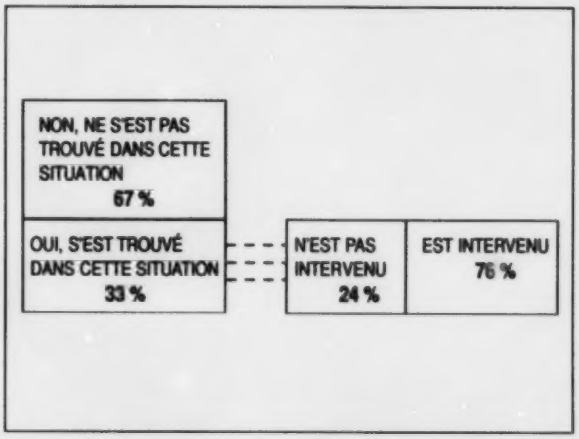
Le besoin d'intervenir

Les occasions d'intervenir varient avec l'âge et le sexe (tableau 6). Près d'un Canadien sur deux âgés de 15 à 24 ans (47 %) s'était trouvé au cours d'une période d'une année en présence de quelqu'un qui risquait de prendre le volant alors qu'il avait les facultés affaiblies par l'alcool, et la probabilité de telles situations diminue par la suite avec l'âge. Ainsi, moins d'un Canadien sur 10 âgés de 65 ans et plus s'est trouvé dans pareille situation. Ce sont les jeunes femmes (49 %) qui disent avoir le plus besoin d'intervenir, suivies de près par les jeunes hommes (44 %).

Si le besoin d'intervenir est conditionné par l'âge et le sexe, il l'est encore plus par les habitudes de consommation d'alcool de la personne et celles de ses amis. Par exemple, parmi les personnes qui n'avaient rien consommé au cours de la semaine avant l'enquête, 31 % avaient eu la possibilité d'empêcher une personne de conduire avec les facultés affaiblies au cours de l'année écoulée. Par contre, 51 % de ceux qui ont fait état d'une consommation hebdomadaire de 15 verres ou plus avaient eu l'occasion d'empêcher un cas de conduite avec facultés affaiblies (tableau C). Parmi les personnes qui ont déclaré qu'aucun de leurs amis ne buvait trop, 19 % avaient eu l'occasion d'empêcher une personne de conduire avec les facultés affaiblies alors que la proportion était de 62 % parmi ceux qui ont signalé que la plupart sinon la totalité de leurs

amis buvaient trop. Enfin, parmi ceux qui n'avaient pas eux-mêmes pris le volant après avoir consommé de l'alcool au cours du mois précédent, 34 % avaient eu la possibilité d'empêcher un cas de conduite avec facultés affaiblies, comparativement à 55 % chez ceux qui avaient pris le volant après avoir bu à deux reprises ou plus.

FIGURE D : « AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, VOUS EST-IL ARRIVÉ D'ÊTRE AVEC UN(E) AMI(E) OU UN PARENT QUI, SELON VOUS, AVAIT TROP BU POUR CONDUIRE PRUDEMMENT? » SI OUI, « LA DERNIÈRE FOIS QUE CELA S'EST PRODUIT, AVEZ-VOUS TENTÉ DE DISSUADER CETTE PERSONNE DE CONDUIRE? », POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985



Les situations justifiant une telle intervention varient d'une province à l'autre. Ainsi, les Québécois sont les moins nombreux (27 %) à déclarer s'être retrouvés dans une telle situation au cours de l'année précédant l'enquête, alors que la tendance est opposée chez les répondants du Yukon (41 %) (tableau 7).

Mesures prises pour empêcher des cas de conduite avec facultés affaiblies

Placés dans une situation qui justifie une intervention, les gens déclarent le faire avec une constance remarquable. Dans l'ensemble, environ trois personnes sur quatre confrontées à une situation de ce genre sont effectivement intervenues et l'on a observé peu d'écarts dans la probabilité d'intervention selon l'âge et le sexe (tableau 6). Les femmes se montrent quelque peu plus disposées à intervenir que les hommes, et les répondants âgés semblent plus réticents à le faire que les plus jeunes. Les répondants de la Saskatchewan tentent d'intervenir moins souvent (66 %), se démarquant ainsi des répondants du Yukon (83 %) et des Québécois (81 %), comme l'indique le tableau 7.

TABLEAU C : POURCENTAGE DE LA POPULATION QUI S'EST TROUVÉ EN PRÉSENCE D'UN(E) AMI(E) OU D'UN PARENT QUI AVAIT TROP BU POUR CONDUIRE PRUDEMMENT AU COURS DES 12 MOIS PRÉCÉDANT L'ENQUÊTE, SELON DES CARACTÉRISTIQUES CHOISIES, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985

IMPORTANCE DE LA SÉCURITÉ ROUTIÈRE	
Parmi ceux qui disent :	
– pas très importante	37 %
– moyennement importante	37 %
– très importante	33 %
NOMBRE DE CONSOMMATIONS AU COURS DE LA SEMAINE PRÉCÉDANT L'ENQUÊTE	
Parmi ceux qui déclarent :	
– aucune	31 %
– moins de 15	36 %
– 15 ou plus	51 %
NOMBRE DE CAS DE CONDUITE MOINS DE DEUX HEURES APRÈS LA CONSOMMATION D'ALCOOL, AU COURS DU MOIS PRÉCÉDANT L'ENQUÊTE	
Parmi ceux qui déclarent :	
– aucun	34 %
– un	38 %
– deux ou plus	55 %
NOMBRE D'AMIS QUI BOIVENT TROP	
Parmi ceux qui déclarent :	
– aucun	19 %
– quelques-uns	42 %
– environ la moitié	63 %
– la plupart ou tous	62 %

Les gens choisissent d'intervenir de façons très diverses, la forme d'intervention la plus courante étant la plus directe : 41 % des intervenants ont simplement raccompagné l'intéressé en voiture. Voilà qui est une intervention utile et sensée à condition bien sûr que l'intervenant ne se soit pas lui aussi livré à des excès. Les autres types d'intervention ont été utilisés bien moins souvent (tableau D).

TABLEAU D : MÉTHODES UTILISÉES AU COURS DES 12 MOIS PRÉCÉDANT L'ENQUÊTE POUR DISSUADER UNE PERSONNE QUI AVAIT TROP BU DE CONDUIRE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985

MÉTHODE	
Je l'ai reconduite chez elle	41 %
J'ai demandé à quelqu'un de la reconduire chez elle	15 %
J'ai caché les clés de sa voiture	11 %
Je lui ai demandé de prendre un taxi	10 %
J'ai gardé la personne à la maison	7 %
Autre	17 %

Les répondants ont été priés d'indiquer s'ils étaient d'accord ou non avec l'énoncé suivant : « J'aime mieux payer un taxi que de voir un(e) ami(e) conduire après avoir bu » (Q. 48). Quatre-vingt quinze pour cent des Canadiens abondent dans ce sens, ce qui est un chiffre étonnamment élevé si l'on considère que cette technique d'intervention est peu souvent utilisée. Ce qui étonne moins c'est de voir que les personnes qui ne sont pas de cet avis interviennent moins souvent (55 %) pour empêcher quelqu'un de conduire avec facultés affaiblies que celles qui sont d'accord avec l'énoncé (78 %) (données non indiquées).

Analyse

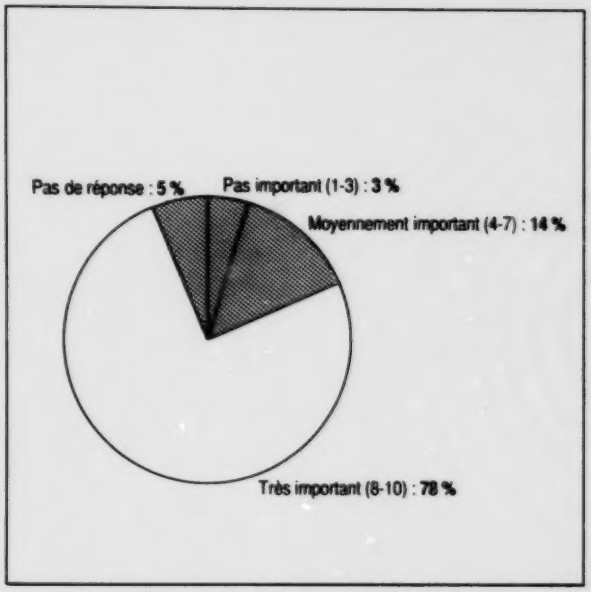
Dans plus de trois cas sur quatre, les gens interviennent pour essayer d'empêcher quelqu'un de prendre le volant après avoir consommé de l'alcool. Bien que les taux relevés soient peut-être supérieurs aux taux réels en raison du caractère souhaitable de cette intervention, il reste néanmoins étonnant de voir le pourcentage élevé de gens qui déclarent intervenir pour empêcher d'autres personnes de conduire avec les facultés affaiblies. Des recherches antérieures ont indiqué que des peines sévères ne permettent probablement pas à elles seules d'obtenir une réduction durable du nombre de personnes qui conduisent avec les facultés affaiblies[5]. D'après ces chercheurs, il faudrait plutôt modifier les attitudes sociales concernant la conduite avec facultés affaiblies. Si les données signalées ici indiquent qu'il s'agit d'un comportement jugé inacceptable par une majorité de Canadiens, il faudrait s'efforcer de renforcer cette attitude. Plus particulièrement, les efforts visant à inciter davantage les gens à intervenir pour empêcher d'autres personnes de conduire avec les facultés affaiblies pourraient avoir des effets bénéfiques et durables.

Importance de la sécurité routière

On a soumis aux répondants une liste de sujets relatifs à la santé en les priant d'indiquer sur une échelle graduée de 1 à 10 quelle importance l'État devait, selon eux, accorder à chacun de ces sujets (Q. 79). Leurs réponses ont été classées en trois catégories : « pas très important » (1-3), « moyennement important » (4-7), et « très important » (8-10).

Comme l'indique la figure E, 82 % des répondants sont d'avis que la sécurité routière est un sujet auquel l'État devrait attacher beaucoup d'importance. En fait, la sécurité routière arrive en tête de liste des sujets évoqués, ce qui donne à penser qu'aux yeux de la population, cette question devrait être hautement prioritaire pour les autorités publiques (voir chapitre 15, tableau 6 pour des données comparatives sur d'autres sujets).

FIGURE E : « QUELLE IMPORTANCE L'ÉTAT DOIT-IL ACCORDER À LA PRÉVENTION DES ACCIDENTS DE LA ROUTE? », POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985



Variations selon les groupes de répondants

L'intervention gouvernementale en matière de sécurité routière est considérée comme une question très importante pour tous les Canadiens, indépendamment de leur âge, leur sexe ou leur province d'origine. Cependant, elle semble l'être davantage aux yeux des jeunes que des personnes plus âgées, des femmes que des hommes, des Québécois et des répondants des provinces de l'Atlantique que des Canadiens vivant à l'ouest du Québec (tableaux 8, 9).

Les réponses concernant l'importance que l'État doit accorder à la sécurité routière ne varient pas énormément selon le niveau d'instruction, le revenu, l'état matrimonial ou la langue du répondant (données non indiquées).

Besoins en information

Les répondants ont été priés d'indiquer s'il y avait des sujets rattachés à la santé sur lesquels ils aimeraient avoir plus de renseignements. Ceux qui ont répondu par l'affirmative (22 % dans l'ensemble) se sont vu présenter une liste de sept sujets différents dont « sécurité et prévention des accidents » (Q. 11, 12). Bien que ce sujet se trouve au troisième rang parmi les sujets le plus souvent évoqués, seulement 9 % des répondants ont indiqué avoir besoin d'information sur la sécurité (tableau 10), ce qui équivaut à 42 % de ceux qui souhaiteraient obtenir des informations quelconques.

Les femmes sont beaucoup plus nombreuses que les hommes à signaler un besoin de se renseigner davantage sur la sécurité; de même la proportion des jeunes Canadiens qui souhaitaient obtenir de l'information à ce sujet était supérieure à celle des personnes âgées. C'est au Québec que la demande pour plus d'information en matière de sécurité est la plus élevée où 15 % des répondants disent vouloir obtenir plus de renseignements sur ce sujet (tableau E).

TABLEAU E : POURCENTAGE DE LA POPULATION QUI ESTIME AVOIR BESOIN DE PLUS D'INFORMATION SUR LA SÉCURITÉ ET LA PRÉVENTION DES ACCIDENTS, PAR PROVINCE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985

Canada	9,0 %
Terre-Neuve	4,5 %*
Île-du-Prince-Édouard	6,2 %
Nouvelle-Écosse	4,9 %
Nouveau-Brunswick	5,3 %
Québec	14,7 %
Ontario	7,6 %
Manitoba	7,6 %
Saskatchewan	7,0 %
Alberta	6,5 %
Colombie-Britannique	7,2 %
Yukon	5,9 %

* forte variabilité d'échantillonnage

La question ne faisait aucune distinction entre la sécurité routière, la sécurité à la maison et la sécurité au travail, de sorte qu'on ne peut partir du principe que tous ces répondants souhaitaient se renseigner sur la sécurité routière. Quoi qu'il en soit, ces résultats montrent que l'idée de se renseigner davantage suscite relativement peu d'intérêt.

Analyse

Il ne fait aucun doute que dans l'esprit des Canadiens la sécurité routière est un sujet auquel les autorités publiques devraient attacher de l'importance, cependant moins de 10 % expriment le désir d'obtenir plus d'information sur la sécurité, ce qui est une proportion faible étant donné que la question ne faisait pas précisément allusion à la sécurité routière. De toute évidence, la population doit envisager d'autres types de mesures, par exemple la législation, la médiation ou la défense d'intérêts. Il faudrait faire de cette question un domaine de recherche prioritaire étant donné que les répondants sont hautement favorables à l'adoption de mesures en la matière, bien que l'enquête ne portât pas sur les diverses options possibles ou leur acceptation par la population.

On ne doit guère s'étonner de ce que les répondants aient si peu exprimé le besoin d'obtenir plus d'information sur la sécurité puisque la population est régulièrement soumise à des rappels concernant les bienfaits du port de la ceinture de sécurité et les risques de la conduite avec facultés affaiblies. Ce que ces résultats indiquent cependant c'est que l'information en matière de sécurité devrait être soigneusement dirigée vers ceux qui en ont besoin. Ce type de sensibilisation taillée sur mesure devrait être hautement rentable étant donné que si l'on extrapole les résultats (9 % des répondants qui indiquent avoir un tel besoin) à l'ensemble de la population canadienne, le nombre de Canadiens qui souhaiteraient obtenir de l'information sur ce sujet s'élèverait à 1,8 million. Il ne faut cependant pas perdre de vue que les messages sur la sécurité servent également à renforcer les habitudes positives existantes.

Port de la ceinture de sécurité

Les répondants se sont vu poser la question suivante : « Dans quelle mesure utilisez-vous la ceinture de sécurité lorsque vous montez en voiture : toujours, presque toujours, parfois, rarement ou jamais? » (Q. 54). Près de 2 répondants sur 3 (65 %) ont affirmé qu'ils utilisaient « toujours » la ceinture de sécurité, et 13 % qu'ils le faisaient « presque toujours ». Seulement 13 % ont déclaré le faire rarement ou jamais (tableau 11).

Caractéristiques des usagers

Les taux d'utilisation de la ceinture de sécurité varient selon l'âge, le sexe et d'autres caractéristiques démographiques. Ils augmentent de façon constante avec l'âge, les taux les plus bas étant signalés par les répondants âgés de 15 à 24 ans et les plus élevés par les répondants âgés de 65 ans et plus. Par ailleurs, dans tous les groupes d'âge, les taux sont sensiblement plus élevés chez les femmes que chez les hommes (tableau 11). Dans l'ensemble, les femmes sont plus portées (dans une proportion de 13 %) que les hommes à toujours utiliser leur ceinture de sécurité. En outre, les taux d'utilisation de la ceinture augmentent généralement avec le niveau d'instruction, le revenu et la situation professionnelle (tableau 12).

Autre constatation qui n'a rien d'étonnant, les taux de port de la ceinture sont également liés à l'opinion des répondants sur l'importance que les autorités publiques devraient attacher à la sécurité routière. Parmi ceux qui estiment que la sécurité routière est une question de la plus haute importance, 80 % déclarent qu'ils portent toujours leur ceinture de sécurité alors que le pourcentage est de 52 % chez ceux qui accordent peu d'importance à cette question. De même, les taux d'utilisation varient selon la quantité d'alcool consommée et la tendance à prendre le volant après avoir bu. Les personnes qui prennent le volant après avoir bu sont moins nombreuses à déclarer porter leur ceinture de sécurité que celles qui s'abstiennent de prendre le volant après avoir consommé de l'alcool (tableau 12).

Analyse

Les taux d'utilisation de la ceinture de sécurité relevés dans l'Enquête Promotion Santé sont d'environ 13 % plus élevés que ceux qui sont ressortis de l'Enquête Santé Canada réalisée six ans plus tôt[6] et d'environ 48 % supérieurs à ceux qui ont été relevés lors d'une

enquête menée récemment aux États-Unis[7] (figure F). Les taux supérieurs d'utilisation de la ceinture de sécurité observés au Canada s'expliquent par plusieurs facteurs, le principal étant la législation concernant le port de la ceinture de sécurité. À l'époque où était effectuée l'Enquête Promotion Santé Canada, 8 administrations sur 11 avaient adopté des lois en la matière, et dans les provinces ou territoires où une telle loi existait, les taux d'utilisation de la ceinture de sécurité étaient invariablement plus élevés (tableau 13).

À l'époque de l'Enquête Promotion Santé, toutes les administrations canadiennes sauf l'Île-du-Prince-Édouard, l'Alberta et le Yukon avaient adopté des lois qui rendaient obligatoire le port de la ceinture de sécurité (l'Île-du-Prince-Édouard et l'Alberta ont depuis promulgué une loi de ce genre). Dans les administrations dotées d'une telle législation, 83 % de la population signalent qu'ils utilisent toujours ou presque toujours la ceinture de sécurité, alors que le pourcentage est de 36 % dans les administrations qui n'ont pas adopté ce genre de législation (figure G).

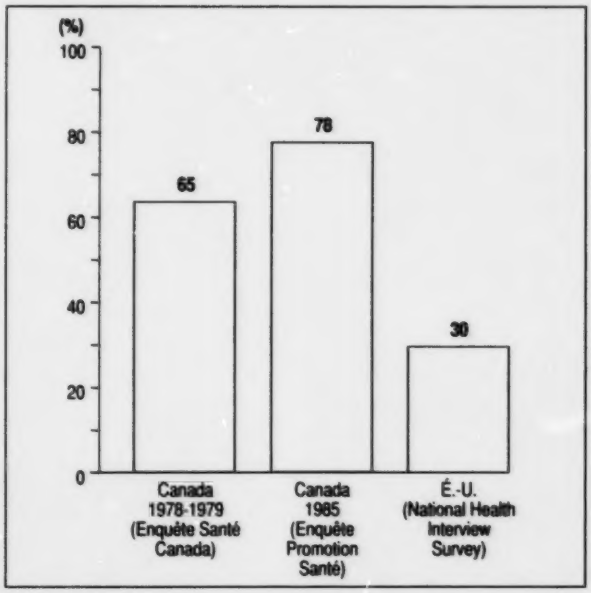
On peut également établir des comparaisons semblables entre les résultats de l'EPS et ceux de l'Enquête Santé Canada (1978-1979). Au cours des six années qui se sont écoulées depuis l'Enquête Santé Canada, trois faits importants sont survenus. Tout d'abord, le nombre de provinces dotées d'une législation est passé de quatre (l'Ontario, la Saskatchewan, la Colombie-Britannique et le Québec) à huit en juin 1985. Dans chaque cas où le port de la ceinture de sécurité est devenu obligatoire, les taux d'utilisation ont augmenté considérablement. Deuxièmement, dans les administrations dotées d'une législation les taux d'utilisation de la ceinture sont passés de 71 % à 82 %. Troisièmement, les taux ont également augmenté dans les provinces ou territoires qui n'ont pas adopté de réglementation en la matière, passant de 19 % à 36 %.

Au Canada, les taux d'utilisation de la ceinture ont augmenté au cours des six dernières années, non seulement sous l'effet de la législation, mais également en raison de l'accroissement du taux d'utilisation observé tant dans les administrations qui ont légiféré en la matière que dans celles qui ne l'ont pas fait. Bien que 78 % des Canadiens affirment maintenant porter toujours ou presque toujours leur ceinture de sécurité, il y a encore de toute évidence lieu de les inciter à l'utiliser davantage.

Il faudrait s'intéresser surtout aux jeunes gens âgés de 15 à 24 ans, plus particulièrement aux jeunes hommes, groupe au sein duquel le taux d'utilisation est le plus faible et le risque d'être victime d'un accident de la route est le plus élevé[8]. En outre, si l'on considère que les gens qui prennent le volant après avoir bu utilisent moins leur ceinture de sécurité, on se rend compte à quel point ce groupe est particulièrement « à haut risque ». En effet, il constituera vraisemblablement un défi énorme pour les professionnels de la promotion de la santé.

Ces résultats reposent sur des témoignages personnels et constituent peut-être une surestimation des taux d'utilisation réels. Néanmoins, les tendances qui ressortent ici coïncident avec les résultats d'études fondées sur l'observation[9].

FIGURE F : **POURCENTAGE DE LA POPULATION QUI PORTE LA CEINTURE DE SÉCURITÉ « TOUJOURS » OU « PRESQUE TOUJOURS », CANADA, 1978-1979 ET 1985 ET ÉTATS-UNIS, 1985**



Utilisation de la ceinture de sécurité ou des sièges de bébé

La question posée aux répondants était la suivante : « Lorsque vous conduisez une voiture, insistez-vous pour que les enfants qui vous accompagnent bouclent leur ceinture de sécurité ou soient installés dans des sièges de bébé? » (Q. 55). Les réponses possibles étaient « toujours », « presque toujours », « parfois », « rarement » ou « jamais ». Ceux qui ne conduisent pas ou qui n'ont jamais d'enfants comme passagers ont été exclus de l'analyse.

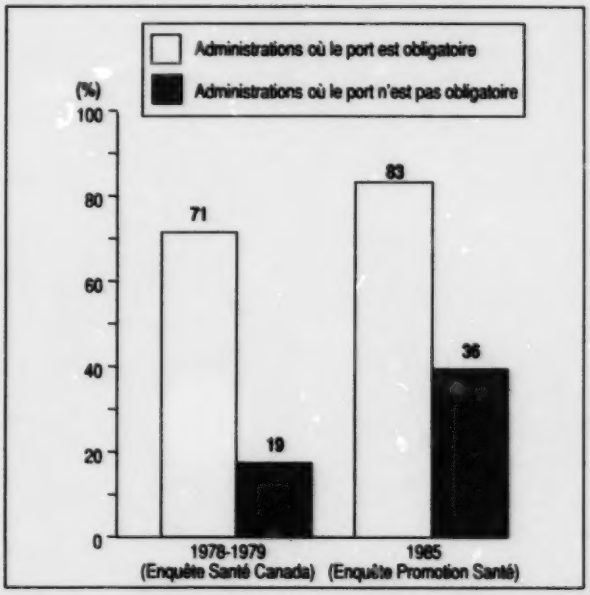
Variations selon les groupes de répondants

Plus de 8 répondants admissibles sur 10 affirment insister « toujours » pour que les enfants bouclent leur ceinture de sécurité ou soient installés dans des sièges de bébé (figure H). Seulement 8 % indiquent qu'ils insistent moins souvent que « la plupart du temps ». Ces constatations s'appliquent à tous les groupes d'âge, les femmes insistent plus souvent (6 % de plus) que les hommes pour que cette précaution soit prise (données non indiquées).

De la même manière, il y a relativement peu de différence dans l'adoption de ce genre de précaution en fonction du niveau de revenu ou d'instruction du

répondant (données non indiquées). Une caractéristique qui influe davantage sur les taux est le port de la ceinture de sécurité chez les adultes : les personnes qui utilisent elles-mêmes toujours la ceinture insistent davantage pour que leurs enfants adoptent toujours cette précaution (94 %) que les adultes qui portent rarement ou ne portent jamais la ceinture (62 %).

FIGURE G : **POURCENTAGE DE LA POPULATION QUI PORTE LA CEINTURE DE SÉCURITÉ « TOUJOURS » OU « PRESQUE TOUJOURS » SELON LA LÉGISLATION À L'ÉGARD DU PORT DE LA CEINTURE DE SÉCURITÉ, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA 1978-1979 ET 1985**

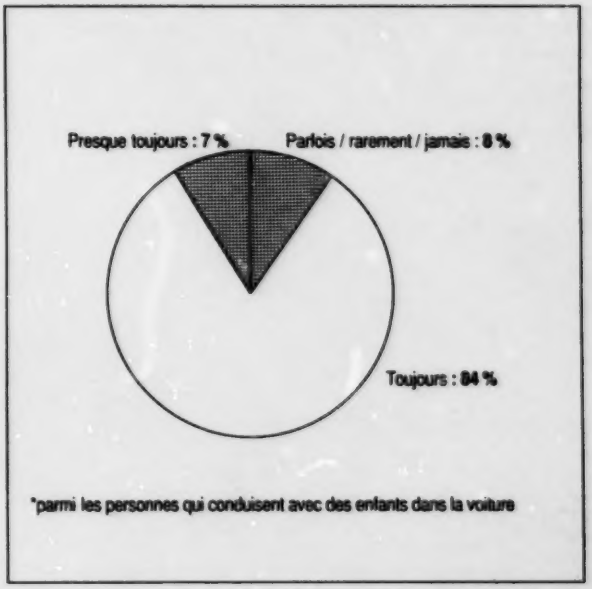


Le rôle de la législation

Une des raisons qui explique apparemment les taux élevés d'utilisation de la ceinture ou de sièges de bébé chez les enfants est l'existence d'une législation à cet égard. À l'époque de l'enquête, neuf administrations sur onze disposaient d'une forme quelconque de législation en la matière. Bien que les taux d'utilisation varient d'une province à l'autre (tableau 14), ils sont invariablement plus élevés dans celles où le port de la ceinture est obligatoire, et ils sont le plus élevés là où les lois sont le plus exhaustives (figure I).

La nature de la législation régissant l'utilisation de la ceinture de sécurité et des sièges de bébé chez les enfants varie d'une administration à l'autre. Au moment de l'EPS, quatre provinces (la Nouvelle-Écosse, l'Ontario, la Saskatchewan et la Colombie-Britannique) appliquaient une loi exhaustive à ce sujet, quatre (Terre-Neuve, le Nouveau-Brunswick, le Manitoba et l'Alberta) intégraient progressivement des mesures réglementaires qui s'appliquaient uniquement aux enfants nés après la date de la promulgation de la législation, une (le Québec) appliquait une législation valable uniquement pour les passagers qui se trouvent sur la banquette avant, les deux autres administrations (l'Île-du-Prince-Édouard et le Yukon) ne disposant d'aucune loi en la matière. (Par la suite, l'Île-du-Prince-Édouard a emboîté le pas.)

FIGURE H : **« LORSQUE VOUS CONDUISEZ UNE VOITURE, INSISTEZ-VOUS POUR QUE LES ENFANTS QUI VOUS ACCOMPAGNENT BOUCLENT LEUR CEINTURE DE SÉCURITÉ OU SOIENT INSTALLÉS DANS DES SIÈGES DE BÉBÉ? », POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985***

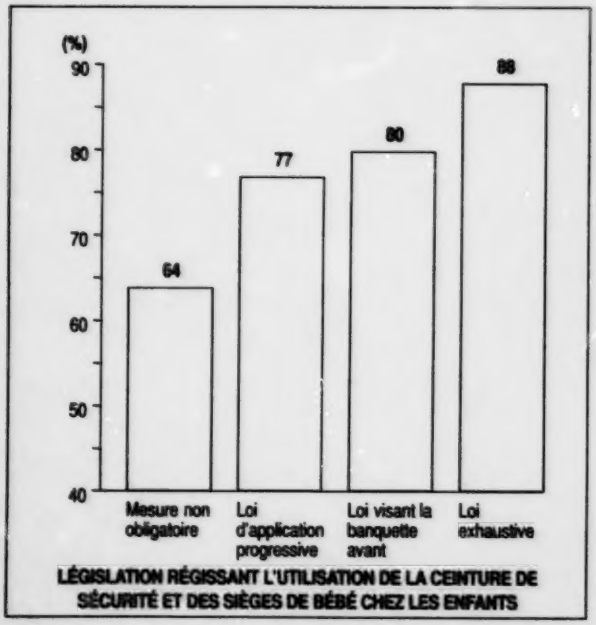


Analyse

Le taux déclaré d'utilisation de la ceinture de sécurité et des sièges de bébé chez les enfants au Canada est déjà élevé, même si les répondants ont peut-être tendance à affirmer les utiliser plus souvent qu'ils ne le font réellement pour se conformer à un « idéal social ». La tendance à prendre ce genre de précaution va probablement s'accentuer avec l'adoption de la nouvelle législation à l'Île-du-Prince-Édouard et l'application progressive de lois de ce genre dans d'autres provinces. Il semble toutefois y avoir un petit groupe de gens qui ne portent pas eux-mêmes la ceinture de sécurité et n'insistent pas pour que les enfants prennent cette précaution. De toute évidence, les futurs efforts de promotion de ces mesures devraient être axés en priorité sur ce groupe. Ces initiatives devraient être assorties de messages incitant au port de la ceinture de sécurité par les adultes.

Le taux déclaré d'utilisation de la ceinture de sécurité chez les enfants et des sièges de bébé est élevé et ne cesse de croître, mais il y a cependant lieu de poursuivre les efforts de promotion dans ce sens, surtout dans les administrations où cette mesure ne fait pas l'objet d'une réglementation, mais également dans celles où cette précaution est obligatoire. Le groupe cible est facilement identifiable (les jeunes conducteurs et leurs passagers), c'est-à-dire le groupe qui a le plus besoin du genre de protection assurée par la ceinture de sécurité mais aussi celui qui est le moins susceptible de l'utiliser.

FIGURE I : **POURCENTAGE DE LA POPULATION QUI INSISTE TOUJOURS POUR QUE LES ENFANTS QUI L'ACCOMPAGNENT BOUCLENT LEUR CEINTURE DE SÉCURITÉ OU SOIENT INSTALLÉS DANS DES SIÈGES DE BÉBÉ, SELON LA LÉGISLATION À L'ÉGARD DU PORT DE LA CEINTURE DE SÉCURITÉ, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985**



LÉGISLATION RÉGISSANT L'UTILISATION DE LA CEINTURE DE SÉCURITÉ ET DES SIÈGES DE BÉBÉ CHEZ LES ENFANTS

En ce qui concerne la conduite après consommation d'alcool, deux constatations attirent particulièrement l'attention. Tout d'abord, la majorité des Canadiens déclarent ne pas prendre le volant après avoir bu. Une faible minorité de Canadiens adultes (moins de 3 %) sont responsables de plus de la moitié de tous les cas de conduite après consommation d'alcool. Deuxièmement, les croyances concernant la quantité d'alcool que l'on peut absorber sans être un danger au volant sont étroitement liées au fait de conduire après avoir consommé de l'alcool. Ce qui est le plus inquiétant c'est de constater que les jeunes hommes semblent croire qu'ils peuvent boire plus que quiconque et être quand même en mesure de conduire prudemment, croyance qui est carrément démentie par les faits.

Enfin, il est encourageant de noter que les gens déclarent intervenir pour empêcher les cas de conduite avec facultés affaiblies. Cela témoigne peut-être d'un consensus social nouveau concernant l'inacceptabilité de la conduite avec facultés affaiblies. Dans ce cas, il faudrait tout faire pour accélérer cette tendance puisque les spécialistes s'entendent pour dire que seuls les changements généralisés sur le plan des attitudes sociales peuvent entraîner une réduction durable du phénomène de la conduite avec facultés affaiblies.

Bibliographie

1. **M.W. Perrine** (éd.). « Alcohol influences upon driving-related behaviour: A critical review of laboratory studies of neurophysiological, neuromuscular and sensory activity ». dans *Alcohol, Drugs and Driving*. Washington, D.C., National Highway Traffic Safety Administration (rapport technique no DOT-HS-801-096), 1974, p. 14-27.

2. **H.M. Simpson** *et al.* « Epidemiology of road accidents involving young adults: Alcohol, drugs and other factors ». *Drug and Alcohol Dependence*, vol. 10 (1982), p. 35-63.

3. **G.A. Smith** *et al. Conducteurs en état d'ébriété au Canada : Degré d'alcoolémie des conducteurs canadiens la nuit : Enquête nationale sur route, 1974*. Ottawa, Direction de la sécurité routière, Transports Canada, feuillet no TP1311, 1976.

4. **D.J. Beirness** *et al. Alcool et accidents mortels de la route au Canada : un coup d'oeil d'ordre statistique sur leur ampleur et persistance*. Ottawa, Direction de la politique des programmes et de la recherche, Ministère de la Justice Canada, (rapport no 3), 1985.

5. **A.C. Donelson**. *Alcohol and Road Accidents: Future Strategies and Priorities*. Ottawa, Fondation de recherches sur les blessures de la route au Canada, 1983.

6. **Santé et Bien-être social Canada et Statistique Canada**. *La santé des Canadiens : rapport de l'Enquête Santé Canada*. Ottawa, Ministre des Approvisionnements et Services Canada, 1981.

7. **O.T. Thornberry** *et al.* « Health Promotion Data for the 1990 Objectives. Estimates from the National Health Interview Survey of Health Promotion and Disease Prevention, United States, 1985 ». *Advance Data From Vital and Health Statistics*, vol. 126 (19 septembre 1986). Hyattsville (Maryland), U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service (publ. no PHS 86-1250).

8. **B.A. Jonah** (éd.). « Youth and traffic accident risk ». *Accident Analysis and Prevention*, vol. 18, no 4 (août 1986).

9. **Transports Canada**. *Estimations du port de la ceinture — baudrier d'après les enquêtes annuelles de 1980 à 1985*. Ottawa, Direction de la sécurité routière, Transports Canada, (feuillets no TP2436, CL8601), janvier 1986.

TABLEAU 1 : **FRÉQUENCE DES CAS DE CONDUITE APRÈS CONSOMMATION D'ALCOOL AU COURS DU MOIS PRÉCÉDANT L'ENQUÊTE, SELON L'ÂGE ET LE SEXE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985**

	Total (en milliers)	Jamais (%)	Une fois (%)	2-4 fois (%)	5 fois ou plus (%)	Ne boit pas / ne conduit pas (%)
Population totale de 15 ans et plus	19 611	49,3	6,1	7,4	2,6	32,5
Hommes	9 623	48,5	8,5	12,4	4,4	23,9
Femmes	9 988	50,1	3,9	2,7	1,0	40,1
ÂGE						
15-24	4 334	45,0	5,6	8,2	1,9*	38,1
H	2 204	44,1	7,9	12,7	1,8*	31,7
F	2 130	46,0	3,2*	3,6*	2,0*	44,6
25-34	4 476	55,6	8,0	10,6	3,4	19,7
H	2 226	47,3	10,8	17,9	6,2	14,3
F	2 250	63,8	5,3	3,4*	–	25,0
35-44	3 529	53,9	10,2	8,4	4,7	20,6
H	1 768	49,1	14,5	13,2	7,6	13,8
F	1 761	58,8	5,9	3,7*	1,7*	27,4
45-54	2 520	54,2	5,3	6,2	3,1*	29,5
H	1 263	53,4	5,3*	10,3	5,7*	23,7
F	1 257	55,1	5,3*	2,1*	–	35,4
55-64	2 306	46,8	3,3*	4,6	1,5*	41,5
H	1 108	50,4	5,8*	8,4	3,1*	29,2
F	1 198	43,6	–	–	–	52,9
65 et plus	2 446	36,2	1,3*	2,7*	–	58,3
H	1 054	51,8	–	5,3*	–	39,0
F	1 392	24,3	–	–	–	72,9

* forte variabilité d'échantillonnage
– ne peuvent être diffusées

TABLEAU 2 : **POURCENTAGE DE LA POPULATION QUI A PRIS LE VOLANT APRÈS AVOIR BU AU COURS DU MOIS PRÉCÉDANT L'ENQUÊTE, SELON LE SEXE, LE NIVEAU D'INSTRUCTION, L'ÉTAT MATRIMONIAL, LES CARACTÉRISTIQUES DÉMOGRAPHIQUES ET AUTRES, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985**

	Population (en milliers)	% de la population qui a pris le volant après avoir bu (au moins une fois au cours du mois précédant l'enquête)
Tous les âges	19 611	16.1
SEXE		
Hommes	9 623	25.3
Femmes	9 989	7.6
NIVEAU D'INSTRUCTION		
Études primaires et quelques années d'études secondaires	7 173	12.8
Études secondaires et quelques années d'études post-secondaires	7 871	21.6
Études post-secondaires	4 368	23.5
LANGUE		
Anglais	13 165	18.8
Français	4 928	12.5
Autre	1 390	5.2*
QUINTILE DE REVENU		
Inférieur	2 826	9.5
Deuxième	2 437	18.0
Troisième	2 614	21.1
Quatrième	2 179	26.3
Supérieur	2 513	23.8
ÉTAT MATRIMONIAL		
Marié(e)	12 074	15.9
Célibataire	5 327	18.2
Divorcé(e) / séparé(e)	1 017	20.7
Veuf / veuve	1 189	5.7*
ACTIVITÉ PRINCIPALE		
Au travail	10 414	23.9
À la recherche d'un emploi	976	15.7
Aux études	2 300	11.3
À la retraite	2 172	5.6
Au foyer	3 425	3.9
FRÉQUENCE DE LA CONSOMMATION D'ALCOOL		
Jamais	3 552	0.0
Moins d'une fois par mois	3 944	3.2
Une fois par mois	3 568	10.5
Moins d'une fois par semaine	3 177	25.3
Plus d'une fois par semaine	5 308	36.2
NOMBRE DE CONSOMMATIONS AU COURS DE LA SEMAINE PRÉCÉDANT L'ENQUÊTE		
Aucune	6 175	5.8
Moins de 15	8 131	26.0
Plus de 15	1 656	43.7
NOMBRE D'AMIS QUI BOIVENT TROP		
Aucun	8 672	10.2
Quelques-uns	8 544	21.9
Environ la moitié ou plus	1 815	18.4
A ÉTÉ EN COMPAGNIE D'UNE PERSONNE AYANT TROP BU AU COURS DU MOIS PRÉCÉDANT L'ENQUÊTE		
Oui	6 433	23.9
Non	12 958	12.5
A BESOIN D'INFORMATION SUR LA SÉCURITÉ		
Oui	1 772	13.1
Non	17 126	16.9
UTILISE TOUJOURS LA CEINTURE DE SÉCURITÉ		
Oui	12 844	13.7
Non	6 767	21.1
A CONSOMMÉ DE LA MARIJUANA / DU HASCHICH		
Oui	1 089	41.0
Non	18 405	15.5

* forte variabilité d'échantillonnage

TABLEAU 3 : **FRÉQUENCE DES CAS DE CONDUITE APRÈS CONSOMMATION D'ALCOOL AU COURS DU MOIS PRÉCÉDANT L'ENQUÊTE, PAR PROVINCE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985**

	Population (en milliers)	Jamais+ (%)	Une fois (%)	2-4 fois (%)	5 fois ou plus (%)	Une fois ou plus (%)
Canada	19 611	83,9	6,1	7,4	2,6	16,1
Terre-Neuve	423	87,6	4,6*	5,8	2,0*	12,4
Î.-P.-É.	96	87,6	6,3	5,0	—	12,4
Nouvelle-Écosse	681	88,4	5,2	4,5*	1,9*	11,6
Nouveau-Brunswick	544	88,3	4,7*	4,5*	2,5*	11,7
Québec	5 148	87,5	4,5*	5,9	2,1*	12,5
Ontario	7 096	83,6	6,4	7,4	2,6*	16,4
Manitoba	818	78,5	9,1	9,0	3,4*	21,5
Saskatchewan	759	78,8	9,4	8,5	3,3*	21,2
Alberta	1 762	79,2	7,4	10,4	3,0	20,8
C.-B.	2 267	79,6	6,9	9,7	3,8*	20,4
Yukon	17	77,9	9,6	9,0	3,5*	22,1

+ Ces chiffres tiennent compte des répondants qui ne boivent pas ainsi que de ceux qui ne conduisent pas.
* forte variabilité d'échantillonnage
— ne peuvent être diffusées

TABLEAU 4 : « **ENVIRON COMBIEN DE VERRES POUVEZ-VOUS CONSOMMER, SUR UNE PÉRIODE DE TROIS HEURES, AVANT DE VOUS INQUIÉTER AU SUJET DE VOTRE CAPACITÉ DE CONDUIRE? », SELON L'ÂGE ET LE SEXE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985**

		NOMBRE DE CONSOMMATIONS (en %)					
	Total+ (en milliers)	0	1	2	3	4	5 ou plus
Population totale de 15 ans et plus	10 956	7,6	14,5	26,2	25,8	13,3	12,4
Hommes	6 197	6,4	9,1	20,5	27,8	17,6	18,6
Femmes	4 759	9,3	21,6	33,7	23,3	7,8	4,3
ÂGE							
15-24	2 352	4,6	14,2	21,3	24,5	17,8	17,6
H	1 312	4,2*	8,3	14,0	25,1	24,3	24,3
F	1 040	5,2*	21,6	30,7	23,8	9,7	9,2
25-34	3 148	5,0	13,2	27,2	27,3	14,2	13,1
H	1 711	3,7*	8,9	18,3	30,0	18,0	21,1
F	1 437	6,4	18,4	37,9	24,0	9,7	3,7*
35-44	2 388	7,6	13,9	27,1	26,9	13,7	10,8
H	1 322	5,1*	8,0	23,1	27,8	18,2	17,7
F	1 066	10,7	21,3	32,0	34,6	8,0	2,3*
45-54	1 367	9,9	13,2	31,3	27,2	8,0	10,4
H	802	7,5*	4,2*	30,8	30,3	11,5	17,8
F	565	13,2	25,9	32,0	22,7	—	—
55-64	1 014	8,8	18,7	26,0	26,0	11,9	8,6
H	626	8,6*	13,7	19,6	29,9	14,9	13,3
F	388	8,8*	18,7	26,0	26,0	11,9*	8,6*
65 et plus	687	24,3	20,5	25,7	17,3	6,0*	6,1*
H	425	22,1	18,4	23,8	19,5	9,1*	7,1*
F	262	27,9	24,0	29,0	13,7*	—	—

+ Ces chiffres ne tiennent pas compte des répondants qui ne boivent pas ni de ceux qui ne conduisent pas
* forte variabilité d'échantillonnage
— ne peuvent être diffusées

TABLEAU 5 : « ENVIRON COMBIEN DE VERRES POUVEZ-VOUS CONSOMMER, SUR UNE PÉRIODE DE TROIS HEURES, AVANT DE VOUS INQUIÉTER AU SUJET DE VOTRE CAPACITÉ DE CONDUIRE? », PAR PROVINCE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985

	Population* (en milliers)	NOMBRE DE CONSOMMATIONS (en %) 0	1	2	3	4	5 ou plus
Canada	10 955	7,6	14,5	26,2	25,8	13,3	12,4
Terre-Neuve	178	10,1°	9,0°	25,3	27,0	14,6	14,0
Î.-P.-É.	44	6,8°	11,4	31,8	25,0	15,9	9,1°
Nouvelle-Écosse	339	9,1°	16,5	31,0	23,3	9,7	10,0
Nouveau-Brunswick	236	8,5°	14,0	27,1	27,1	11,0	12,7
Québec	2 518	12,1	16,5	23,7	22,9	10,6	14,3
Ontario	4 228	7,7°	17,6	27,7	23,6	13,6	9,7
Manitoba	466	3,4°	9,4	19,1	26,6	19,5	21,9
Saskatchewan	469	2,3°	8,5°	24,0	29,0	19,0	17,1
Alberta	1 120	4,0	10,0	25,0	29,1	16,8	15,1
C.-B.	1 346	4,5°	9,5	29,3	34,5	11,8	10,2
Yukon	11	9,1	9,1	18,2	27,3	18,2	18,2

* Ces chiffres ne tiennent pas compte des répondants qui ne boivent pas ni de ceux qui ne conduisent pas.
° forte variabilité d'échantillonnage

TABLEAU 6 : « AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, VOUS EST-IL ARRIVÉ D'ÊTRE AVEC UN(E) AMI(E) OU UN PARENT QUI, SELON VOUS, AVAIT TROP BU POUR CONDUIRE PRUDEMMENT? » SI OUI, « LA DERNIÈRE FOIS QUE CELA S'EST PRODUIT, AVEZ-VOUS TENTÉ DE DISSUADER CETTE PERSONNE DE CONDUIRE? », SELON L'ÂGE ET LE SEXE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985

	Total (en milliers)	A eu l'occasion d'intervenir (%)	Est intervenu (% de ceux qui en ont eu l'occasion)
Population totale de 15 ans et plus	19 611	32,8	75,9
Hommes	9 623	34,4	72,4
Femmes	9 988	31,3	79,6
ÂGE			
15-24	4 334	46,7	76,3
H	2 204	44,4	68,1
F	2 130	49,2	84,0
25-34	4 476	42,8	75,4
H	2 226	46,0	70,8
F	2 250	39,7	80,6
35-44	3 529	34,5	78,7
H	1 768	36,5	77,9
F	1 761	32,5	79,7
45-54	2 520	26,8	79,1
H	1 263	27,2	79,4
F	1 257	26,3	78,9
55-64	2 306	16,7	71,0
H	1 108	19,2	74,4
F	1 198	14,4	66,9
65 et plus	2 446	8,8	59,0
H	1 054	10,5	66,7
F	1 392	7,6	51,8

TABLEAU 7 : « AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, VOUS EST-IL ARRIVÉ D'ÊTRE AVEC UN(E) AMI(E) OU UN PARENT QUI, SELON VOUS, AVAIT TROP BU POUR CONDUIRE PRUDEMMENT? » SI OUI, « LA DERNIÈRE FOIS QUE CELA S'EST PRODUIT, AVEZ-VOUS TENTÉ DE DISSUADER CETTE PERSONNE DE CONDUIRE? », PAR PROVINCE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985

	Population (en milliers)	A eu l'occasion d'intervenir (%)	Est intervenu (% de ceux qui en ont eu l'occasion)
Canada	19 611	32,8	73,9
Terre-Neuve	423	33,3	78,5
Î.-P.-É.	96	34,7	70,6
Nouvelle-Écosse	68	29,0	68,3
Nouveau-Brunswick	544	35,7	71,6
Québec	5 148	26,6	80,6
Ontario	7 096	35,0	77,7
Manitoba	818	34,8	66,4
Saskatchewan	759	39,3	65,6
Alberta	1 762	36,7	76,5
C.-B.	2 267	34,5	71,5
Yukon	17	41,2	83,3

TABLEAU 8 : « QUELLE IMPORTANCE, SELON VOUS, L'ÉTAT DOIT-IL ACCORDER À LA PRÉVENTION DES ACCIDENTS DE LA ROUTE? », SELON L'ÂGE ET LE SEXE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985

	Total (en milliers)	Pas important (%)	Moyennement important (%)	Très important (%)	Pas de réponse (%)
Population totale de 15 ans et plus	19 611	3,2	13,6	77,8	5,4
Hommes	9 623	3,9	16,8	74,3	5,0
Femmes	9 988	2,4	10,5	81,3	5,8
ÂGE					
15-24	4 334	3,1	15,0	81,0	0,9*
H	2 204	4,1	17,6	77,3	1,0*
F	2 130	2,1*	12,3	84,8	–
25-34	4 476	2,4	15,7	78,6	3,4
H	2 226	2,7*	21,3	70,7	4,1
F	2 250	2,1*	10,1	85,2	2,6*
35-44	3 529	2,9	17,0	77,4	2,9
H	1 768	4,1*	22,5	70,8	2,7*
F	1 761	1,3*	11,5	84,2	3,0*
45-54	2 520	3,5	11,2	78,5	6,9
H	1 263	3,3*	11,9	78,0	6,8
F	1 257	3,7*	10,3	79,2	6,9
55-64	2 306	5,9	10,3	76,6	7,2
H	1 108	8,2	12,5	74,5	4,8*
F	1 198	3,8*	8,3	78,4	9,5
65 et plus	2 446	2,3*	8,3	72,1	17,3
H	1 054	2,1*	6,6*	74,3	17,0
F	1 392	2,5*	9,6	70,4	17,5
À l'exclusion des non-répondants					
Population totale de 15 ans et plus	18 558	3,3	14,4	82,3	–
H	9 144	4,1	17,7	78,1	–
F	9 414	2,6	11,2	86,3	–

* forte variabilité d'échantillonnage
– ne peuvent être diffusées

TABLEAU 9 : « QUELLE IMPORTANCE, SELON VOUS, L'ÉTAT DOIT-IL ACCORDER À LA PRÉVENTION DES ACCIDENTS DE LA ROUTE? », PAR PROVINCE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985

	Population (en milliers)	Pas important (%)	Moyennement important (%)	Très important (%)	Pas de réponse (%)
Canada	19 611	3.2	13.6	77.8	5.4
Terre-Neuve	423	2.1*	12.5	80.9	4.5*
Î.-P.-É.	96	2.1*	13.5	77.1	7.3
Nouvelle-Écosse	681	2.6*	13.8	78.4	5.1
Nouveau-Brunswick	544	1.3*	10.3	83.3	5.1
Québec	5 148	4.6*	12.9	79.1	3.5*
Ontario	7 096	3.3*	11.9	76.9	8.0
Manitoba	818	1.7*	17.6	76.2	4.5*
Saskatchewan	759	2.6*	17.9	76.0	3.4*
Alberta	1 762	2.7	18.7	74.1	4.5
C.-B.	2 267	1.6*	14.9	80.1	3.4*
Yukon	17	–	18.8	75.0	6.3

* forte variabilité d'échantillonnage
– ne peuvent être diffusées

TABLEAU 10 : PERSONNES QUI ESTIMENT AVOIR BESOIN DE PLUS D'INFORMATION SUR LA SÉCURITÉ ET LA PRÉVENTION DES ACCIDENTS, SELON L'ÂGE ET LE SEXE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985

		A BESOIN D'INFORMATION SUR LA SÉCURITÉ :	
	Total (en milliers)	En % de la population totale	En % de ceux qui veulent de l'information sur des sujets relatifs à la santé
Population totale de 15 ans et plus	19 611	9.0	41.6
Hommes	9 623	7.2	38.8
Femmes	9 988	10.8	43.5
ÂGE			
15-24	4 333	9.6	45.7
H	2 203	7.0	40.1
F	2 130	12.3	49.9
25-34	4 476	11.7	43.3
H	2 226	9.9	43.4
F	2 250	13.4	43.2
35-44	3 529	10.7	44.8
H	1 768	8.3	38.8
F	1 761	13.0	49.7
45-54	2 520	6.9	33.9
H	1 263	5.4*	28.7
F	1 257	8.4	38.5
55-64	2 306	6.7	42.5
H	1 108	4.2*	42.8
F	1 198	9.0	42.5
65 et plus	2 446	5.3	30.2
H	1 054	5.4*	34.8
F	1 392	5.2*	27.1

* forte variabilité d'échantillonnage

TABLEAU 11 : « DANS QUELLE MESURE UTILISEZ-VOUS LA CEINTURE DE SÉCURITÉ LORSQUE VOUS MONTEZ EN VOITURE? », SELON L'ÂGE ET LE SEXE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985

	Total (en milliers)	Toujours (%)	Presque toujours (%)	Parfois (%)	Rarement ou jamais (%)	Pas de réponse (%)
Population totale de 15 ans et plus	19 611	65,5	12,8	8,6	12,7	0,5
Hommes	9 623	58,9	15,5	9,4	15,7	0,6*
Femmes	9 988	71,9	10,1	7,8	9,9	0,5*
ÂGE						
15-24	4 334	57,0	14,8	11,9	16,2	–
H	2 204	50,4	18,0	11,5	19,9	–
F	2 130	63,9	11,4	12,4	12,3	–
25-34	4 476	63,8	14,2	9,4	11,6	–
H	2 226	55,2	18,1	10,3	15,2	–
F	2 250	72,4	10,2	8,6	8,2	–
35-44	3 529	66,3	14,1	6,8	12,7	–
H	1 768	61,9	15,3	7,7	14,8	–
F	1 761	70,7	12,9	5,8	10,6	–
45-54	2 520	66,4	11,6	9,6	12,3	–
H	1 263	58,7	13,9	10,4	16,9	–
F	1 257	74,3	9,2	8,8	7,6	–
55-64	2 306	69,6	9,8	7,6	11,9	–
H	1 108	64,4	11,3	9,1	14,1	–
F	1 198	74,5	8,5	6,3*	9,3	–
65 et plus	2 446	77,5	8,7	3,5*	9,8	–
H	1 054	73,8	11,2	5,0*	9,6	–
F	1 392	80,4	6,8	2,3*	10,0	–

* forte variabilité d'échantillonnage
– ne peuvent être diffusées

TABLEAU 12 : POURCENTAGE DE LA POPULATION QUI PORTE TOUJOURS LA CEINTURE DE SÉCURITÉ, SELON LES CARACTÉRISTIQUES DÉMOGRAPHIQUES ET AUTRES, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985

	Population (en milliers)	% de la population qui porte toujours la ceinture de sécurité
Tous les âges	19 611	65,5
SEXE		
Hommes	9 623	58,9
Femmes	9 989	71,9
NIVEAU D'INSTRUCTION		
Études primaires et quelques années d'études secondaires	7 173	61,6
Quelques années d'études post-secondaires	7 871	64,9
Études post-secondaires	4 368	73,2
QUINTILE DE REVENU		
Inférieur	2 826	64,4
Deuxième	2 437	66,0
Troisième	2 614	63,1
Quatrième	2 179	62,8
Supérieur	2 513	67,2
CATÉGORIE D'EMPLOI		
Gestionnaires / professionnels	3 209	71,3
Autres cols blancs	3 723	64,4
Cols bleus	3 367	49,6
A BESOIN D'INFORMATION SUR LA SÉCURITÉ		
Oui	1 772	66,6
Non	17 126	66,2
IMPORTANCE DE LA SÉCURITÉ ROUTIÈRE		
Pas très importante	621	52,1
Moyennement importante	2 673	56,9
Très importante	15 264	80,0
NOMBRE DE CONSOMMATIONS AU COURS DE LA SEMAINE PRÉCÉDANT L'ENQUÊTE		
Aucune	6 175	68,1
Moins de 15	8 131	64,5
Plus de 15	1 656	53,9
NOMBRE DE CAS DE CONDUITE APRÈS CONSOMMATION D'ALCOOL AU COURS DU MOIS PRÉCÉDANT L'ENQUÊTE		
Aucun	16 054	67,9
Un	1 202	61,0
Deux ou plus	1 975	52,1

TABLEAU 13 : **FRÉQUENCE DU PORT DE LA CEINTURE DE SÉCURITÉ, PAR PROVINCE+, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985**

	Population (en milliers)	Toujours (%)	Presque toujours (%)	Parfois (%)	Rarement ou jamais (%)
Canada	19 611	65,5	12,8	8,6	12,5
Terre-Neuve+	423	67,8	14,7	9,0	7,6
Î.-P.-É.	96	22,1	11,6	19,0	47,4
Nouvelle-Écosse+	681	83,4	9,5	3,5*	3,4*
Nouveau-Brunswick+	544	70,7	15,7	5,2	8,5
Québec+	5 184	63,8	13,4	6,6	15,7
Ontario+	7 096	71,5	12,6	8,9	6,5
Manitoba+	818	64,7	16,5	7,6	10,5
Saskatchewan+	759	50,1	20,5	13,4	15,7
Alberta	1 762	25,3	10,7	19,1	44,6
C.-B.+	2 267	82,3	9,4	4,4*	3,6*
Yukon	17	18,8	12,5	18,8	50,0

\+ Administrations dotées de lois rendant obligatoire le port de la ceinture de sécurité depuis juin 1985
* forte variabilité d'échantillonnage

TABLEAU 14 : **POURCENTAGE DE CONDUCTEURS QUI INSISTENT POUR QUE LES ENFANTS QUI LES ACCOMPAGNENT BOUCLENT LEUR CEINTURE DE SÉCURITÉ OU SOIENT INSTALLÉS DANS DES SIÈGES DE BÉBÉ, PAR PROVINCE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985**

	Population+ (en milliers)	Toujours (%)	Presque toujours (%)	Parfois (%)	Rarement ou jamais (%)
Canada	12 236	84,4	6,5	3,4	5,3
Terre-Neuve++	258	84,9	8,1*	3,9*	–
Î.-P.É.	58	65,5	10,3	8,6	15,5
Nouvelle-Écosse++	463	95,3	3,0*	–	–
Nouveau-Brunswick++	364	86,5	7,7	2,2*	3,0*
Québec++	3 168	80,4	6,0*	3,3*	10,2
Ontario++	4 473	90,3	5,2*	2,8*	–
Manitoba++	493	84,6	8,5*	3,5*	2,8*
Saskatchewan++	492	69,7	15,9	8,5*	5,7*
Alberta++	1 039	63,0	11,7	9,1	15,7
C.-B.++	1 420	92,3	4,4*	–	–
Yukon	10	60,0	10,0	10,0	20,0

\+ Ces chiffres ne tiennent pas compte des répondants qui ne conduisent pas ni de ceux qui ne conduisent jamais avec des enfants à bord.
++ Administrations dotées de lois régissant le port de la ceinture de sécurité et l'utilisation de sièges de bébé chez les enfants depuis juin 1985.
* forte variabilité d'échantillonnage
– ne peuvent être diffusées

9

La sécurité à la maison

R.A. Warren
Unité des études en promotion de la santé
Santé et Bien-être social Canada

Remerciements : Nous tenons à remercier l'Unité de la santé de l'enfance et de la famille, Direction de la promotion de la santé.

Points saillants

- Moins d'un Canadien sur deux considère que la prévention des accidents à la maison devrait être un volet très important des programmes gouvernementaux.
  - Néanmoins, 84 % des Canadiens jugent qu'il s'agit d'une question relativement importante, et seulement 9 % estiment que cette question n'est pas importante.
  - Les femmes, les personnes âgées et les membres des couches socio-économiques inférieures attachent le plus d'importance à la prévention des accidents à la maison.
- La santé des enfants est une question à laquelle l'État devrait accorder énormément d'importance.
  - 72 % des Canadiens considèrent la santé des enfants comme un sujet extrêmement important.
  - Les femmes attachent plus d'importance à ce sujet que les hommes.
- Seulement 34 % des Canadiens disent pouvoir pratiquer la réanimation cardio-respiratoire (RCR) et seulement 21 % ont suivi des cours sur l'application des premiers soins au cours des trois années précédant l'enquête.
  - En général, ce sont les jeunes qui déclarent le plus souvent savoir pratiquer la RCR et avoir suivi des cours de premiers soins.
  - Les membres des groupes à faible revenu étaient moins nombreux à avoir suivi des cours de premiers soins ou à savoir pratiquer la RCR.
  - Toutefois, la plupart des répondants sont d'avis qu'« il vaut la peine d'apprendre la RCR, même si peu de personnes ont à l'utiliser ».
- Quatre-vingt-treize pour cent des Canadiens ont au moins un dispositif de sécurité dans leur maison.
  - 80 % ont un détecteur de fumée.
  - 72 % ont une trousse de premiers soins.
  - 50 % ont un extincteur.
  - Seulement 35 % des Canadiens ont ces trois dispositifs de sécurité à la maison.
  - Le pourcentage des Canadiens à faible revenu qui ont un de ces trois dispositifs de sécurité est assez faible.

Introduction

Les données sur la sécurité à la maison sont tirées principalement des réponses fournies aux questions 56 à 59. Les autres données concernant l'importance de la sécurité et de la santé des enfants proviennent des réponses à la question 79 visant l'importance que l'État devrait attacher à certains sujets. Le lecteur trouvera le libellé de chacune des questions dans les diverses sections de ce chapitre et une copie du questionnaire à l'annexe B.

En général, nous n'avons pas comptabilisé dans les tableaux les réponses « je l'ignore » ou « sans opinion ». Dans la plupart des cas, le nombre de personnes qui ont fourni une réponse semblable ne dépasse pas 5 %, ce qui a peu d'incidence sur les résultats. La question sur l'importance que devrait attacher l'État à certains sujets fait cependant exception puisque dans certains groupes le nombre de ces réponses était important. Ces résultats figurent au tableau 1.

Dans ce chapitre, les données incomplètes constituent la principale source possible d'erreur. Dans le cas des cours de premiers soins et de RCR, il n'y a pas moyen dans une enquête de ce type d'évaluer la compétence réelle des répondants. (En faisant porter la question concernant les cours de premiers soins sur les trois années précédentes, nous avons voulu réduire au minimum ce genre de problème.) De même, bien qu'il soit possible de vérifier si une personne possède bien un dispositif de sécurité, il n'y a aucun moyen de déterminer si le matériel fonctionne ou si la personne sait s'en servir. Dans une récente enquête effectuée aux États-Unis[1], par exemple, seulement 87 % des détecteurs de fumée étaient en bon état, au dire de leurs propriétaires.

En analysant ces résultats, il convient de garder à l'esprit que les résultats ne sont pas normalisés selon l'âge, le sexe et la classe sociale. Les comparaisons faites entre les différentes provinces ne tiennent donc pas compte, par exemple, des différences dans le niveau de scolarité bien que cette variable soit associée à une certaine connaissance des mesures de secours et à la possession de dispositifs de sécurité. L'absence de normalisation peut contribuer à réduire certaines des différences entre les groupes signalés dans ce chapitre, mais il est peu probable qu'elle ait des répercussions importantes dans la plupart des cas. L'annexe A traite plus longuement de cette question.

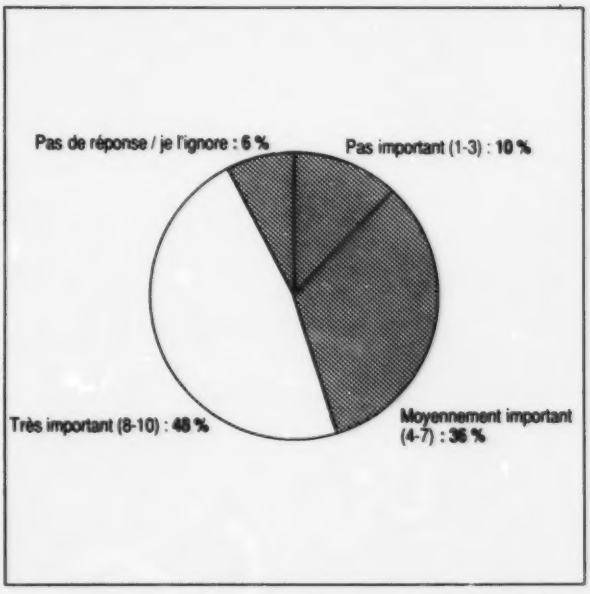
Importance de la prévention des accidents

Lors de l'Enquête Promotion Santé, on a demandé aux répondants quelle importance selon eux l'État devait accorder à divers sujets relatifs à la santé. Les réponses aux questions portant sur la prévention des accidents sont résumées dans cette section. (Les autres sujets sont traités au chapitre 15.)

Les enquêteurs ont lu aux répondants une liste de sujets relatifs à la santé et à la sécurité et leur ont demandé d'indiquer sur une échelle allant de 1 à 10 quelle importance selon eux l'État devait accorder à chacun des sujets (Q. 79). Les réponses ont été regroupées en trois catégories : pas très important (1-3), moyennement important (4-7) et très important (8-10).

Quarante-huit pour cent des Canadiens estiment que la prévention des accidents à la maison est une question très importante à laquelle devrait s'intéresser le gouvernement (figure A). La prévention des accidents vient au huitième rang sur la liste des dix sujets relatifs à la santé et à la sécurité énumérés dans la question.

FIGURE A : « QUELLE IMPORTANCE L'ÉTAT DOIT-IL ACCORDER À LA PRÉVENTION DES ACCIDENTS À LA MAISON? », POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985



Variations selon les groupes de répondants

En général, les femmes attachent beaucoup plus d'importance à la prévention des accidents à la maison que les hommes : 56 % des femmes considèrent cette question très importante comparativement à 41 % des hommes. Les cotes les plus élevées ont été attribuées par les femmes âgées entre 25 et 34 ans; en effet, 62 % d'entre elles jugent que cette question est très importante (tableau 1).

Les anglophones et les personnes peu instruites ou ayant des revenus peu élevés ou moyens attribuent en règle générale des cotes plus élevées à la prévention des accidents à la maison. Les étudiants et les femmes au foyer attribuent également des cotes assez élevées (tableau A).

TABLEAU A : **POURCENTAGE DE LA POPULATION QUI ATTACHE BEAUCOUP D'IMPORTANCE À LA SÉCURITÉ À LA MAISON ET À LA SANTÉ DES ENFANTS, SELON LES CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION, PERSONNES AGÉES DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985**

	Total (en milliers)	% qui attache beaucoup d'importance à la sécurité à la maison	% qui attache beaucoup d'importance à la santé des enfants
Population totale de 15 ans et plus	19 611	48,3	72,4
QUINTILE DE REVENU			
Inférieur	2 826	50,0	74,6
Deuxième	2 437	50,4	76,5
Troisième	2 614	49,2	78,2
Quatrième	2 179	41,4	74,4
Supérieur	2 513	46,4	73,2
NIVEAU D'INSTRUCTION			
Études primaires et quelques années d'études secondaires	7 173	51,2	72,5
Études secondaires	7 871	48,5	73,4
Études post-secondaires	4 368	44,3	73,3
LANGUE			
Anglais	13 165	44,3	71,4
Français	4 928	58,7	78,3
Autre	1 390	53,7	67,2
ACTIVITÉ PRINCIPALE			
Au travail	10 414	44,6	74,5
À la recherche d'un emploi	976	47,8	77,4
Aux études	2 300	53,5	71,2
Au foyer	3 425	59,8	75,9
À la retraite	2 172	45,0	58,4
CATÉGORIE D'EMPLOI			
Gestionnaires / professionnels	3 209	42,3	73,1
Autres cols blancs	3 723	47,5	76,9
Cols bleus	3 367	44,1	73,4

Les habitants de Terre-Neuve, du Québec et des Maritimes sont les plus nombreux à considérer la prévention des accidents à la maison comme une question très importante alors que les Canadiens des provinces situées à l'ouest du Québec n'attachent pas autant d'importance à cette question (tableau 2).

Aussi paradoxal que cela puisse paraître, l'importance accordée à une intervention gouvernementale dans le domaine de la sécurité à la maison n'est pas étroitement liée aux pratiques d'une personne en matière de sécurité, que ce soit la connaissance des premiers soins ou l'utilisation de dispositifs de sécurité tels que les détecteurs de fumée, les extincteurs et les trousses de premiers soins (données non indiquées).

Analyse

Le fait que la prévention des accidents à la maison vienne au huitième rang sur une liste de dix questions relatives à la santé mérite réflexion. L'absence de programmes d'envergure visant à sensibiliser la population au problème peut amener les Canadiens à considérer cette question comme secondaire. De même, l'absence de système national de contrôle (comme il en existe par exemple pour la sécurité routière et professionnelle) peut contribuer à atténuer l'importance de la sécurité à la maison dans l'esprit des répondants.

Une autre explication est que les gens peuvent très bien percevoir l'ampleur du problème, mais ne pas estimer que le gouvernement doit intervenir. Dans l'esprit des gens, les accidents à la maison relèvent plus souvent de la responsabilité personnelle que les accidents de la route ou de travail, où les comportements d'autres personnes et les politiques et pratiques des institutions sont souvent en cause.

Bien que la sécurité à la maison soit considérée comme moins importante que d'autres questions, les répondants sont nettement en faveur d'une intervention gouvernementale dans ce domaine. Près de la moitié de la population considère cette question comme très importante, alors que neuf Canadiens sur dix estiment qu'elle revêt à tout le moins une certaine importance.

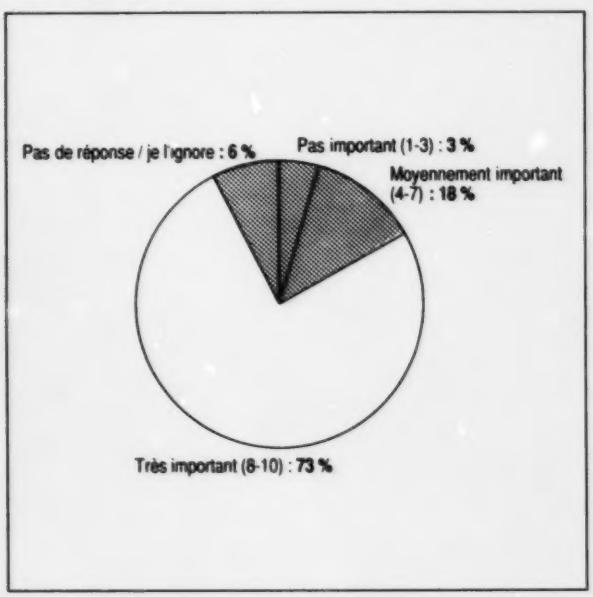
La proportion relativement élevée de personnes âgées de 45 ans et plus qui n'ont pas répondu à la question vient compliquer l'interprétation des tendances selon l'âge; en particulier, 19 % des personnes de plus de 65 ans n'étaient pas disposées ou capables de répondre à cette question. Si, pour des fins de comparaison, on exclut les personnes qui n'ont pas répondu, on constate que ce sont les personnes âgées de 65 ans et plus qui attribuent les cotes les plus élevées à la prévention des accidents à la maison; 60 % d'entre elles considérant en effet cette question comme très importante.

Le désir d'une intervention gouvernementale dans ce domaine est donc le plus fort parmi les membres des trois groupes suivants : les femmes (en particulier celles qui sont âgées entre 25 et 34 ans et celles qui font partie d'un ménage nombreux), les personnes âgées et les personnes défavorisées (groupes à faible revenu et peu instruits). Bien que ces trois groupes soient largement en faveur d'une intervention du gouvernement dans le domaine de la sécurité à la maison, les besoins et les attentes de ces groupes peuvent être assez différents. Par exemple, les femmes et les membres d'un ménage nombreux peuvent se préoccuper surtout de la sécurité des enfants, tandis que chez les personnes âgées, les chutes et bon nombre des dangers associés aux activités de la vie quotidienne peuvent revêtir une plus grande importance. Par contre, le vif intérêt porté à la sécurité à la maison par les membres des groupes défavorisés peut donner à penser que ces personnes vivent dans des milieux plus dangereux, à cause de leurs moyens financiers limités.

Importance de la santé des enfants

On a demandé aux répondants s'ils trouvaient important que le gouvernement s'occupe de la santé des enfants (Q. 79). La sécurité et la prévention des accidents n'étaient cependant pas mentionnées expressément dans la question. Près de trois Canadiens sur quatre considèrent la santé des enfants comme un sujet très important dont le gouvernement devrait s'occuper et seulement 3 % estiment que ce point n'est pas très important (figure B). La santé des enfants vient au troisième rang après la prévention des accidents de la route et la consommation de drogues dans la liste des dix sujets relatifs à la santé et à la sécurité énumérés dans la question (chapitre 15).

FIGURE B : « QUELLE IMPORTANCE L'ÉTAT DOIT-IL ACCORDER À LA SANTÉ DES ENFANTS? », POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985



Variations selon les groupes de répondants

Les femmes attachent plus d'importance à la santé des enfants que les hommes. Soixante-seize pour cent des femmes comparativement à 69 % des hommes estiment que la santé des enfants est une question très importante dont devrait s'occuper le gouvernement (tableau 6, chapitre 15). Les cotes les plus élevées sont attribuées par les Canadiens âgés entre 25 et 44 ans — les plus susceptibles d'avoir de jeunes enfants.

C'est en Ontario que la santé des enfants a obtenu la cote la plus faible; en effet, seulement 66 % des répondants de cette province considèrent cette question comme très importante alors qu'au Québec, la proportion s'établit à 80 % (tableau 6, chapitre 15). De même, de tous les groupes linguistiques, ce sont les francophones qui attribuent les cotes les plus élevées à cette question.

L'importance accordée à la santé des enfants par les répondants varie peu selon le niveau de scolarité, et enfin l'état matrimonial ne semble pas non plus influer sur l'attitude des répondants (données non indiquées).

Analyse

Presque tous les secteurs de la société appuient les programmes gouvernementaux touchant la santé des enfants.

Il est clair que la majorité des Canadiens reconnaissent l'importance de la santé des enfants et des programmes gouvernementaux visant à l'améliorer et à la préserver.

Techniques de secourisme et dispositifs de sécurité

Cours de premiers soins

On a demandé aux répondants si au cours des trois années précédentes, ils avaient suivi des cours sur l'application des premiers soins (Q. 56). En tout, 21 % des personnes interrogées disent avoir reçu une formation dans ce domaine (tableau 3).

En général, les hommes sont plus nombreux que les femmes à avoir suivi des cours de premiers soins au cours des trois années précédant l'enquête, les proportions s'établissant à 24 % contre 18 %. Dans ces deux groupes, les taux sont étroitement liés à l'âge. C'est dans le groupe des jeunes âgés de 15 à 24 ans que l'on relève la plus forte proportion de répondants initiés aux techniques de secourisme, les taux diminuant ensuite régulièrement avec l'âge. Parmi les répondants âgés de 65 ans et plus, seulement 6 % des hommes et 2 % des femmes déclarent avoir suivi des cours de premiers soins au cours des trois années qui ont précédé l'enquête (tableau 3).

En outre, les réponses varient énormément suivant la province de résidence : les habitants du Yukon présentent le taux le plus élevé, soit 31 %, et ceux du Québec le plus faible, soit 14 % (tableau 4). Parallèlement, le pourcentage de personnes ayant suivi des cours de premiers soins est plus élevé chez les anglophones.

Il semble exister une relation étroite entre le fait d'avoir suivi des cours de premiers soins et le niveau socio-économique. Les personnes qui ont un niveau de scolarité et des revenus plus élevés sont en effet beaucoup plus nombreuses à avoir reçu cette formation tout comme les femmes au foyer (tableau 5).

Réanimation cardio-respiratoire

On a demandé aux répondants s'ils savaient comment pratiquer la réanimation cardio-respiratoire, appelée parfois RCR (Q. 57). En tout, 35 % des répondants indiquent qu'ils savent le faire.

La proportion des hommes (38 %) qui connaissent la RCR est plus élevée que celle des femmes (29 %). Comme dans le cas des cours de premiers soins, la connaissance de la RCR est étroitement liée à l'âge. Les taux les plus élevés ont été relevés chez les jeunes : 43 % des hommes et 45 % des femmes âgés entre 15 et 24 ans disent connaître la RCR. Les taux diminuent avec l'âge, et les personnes âgées de 65 ans et plus accusent les taux les plus faibles; 27 % des hommes et 16 % des femmes âgés de 65 ans et plus déclarent en effet savoir pratiquer la RCR (tableau 3).

C'est au Yukon (44 %), en Alberta (39 %), et en Colombie-Britannique (39 %) qu'on relève les taux les plus élevés tandis que le Manitoba (18 %) et la Saskatchewan (22 %) accusent les taux les plus bas (tableau 4).

La connaissance de la RCR est liée au niveau de scolarité et de revenu. Les étudiants, les gestionnaires et les professionnels, les célibataires et les membres d'un ménage nombreux présentent des taux qui dépassent la moyenne nationale (tableau 5).

On a également demandé aux répondants s'ils étaient d'accord ou non avec l'énoncé suivant : « Il vaut la peine d'apprendre la RCR même si peu de personnes ont un jour à l'utiliser. » (Q. 58). La plupart des Canadiens partagent cette opinion : 95 % se disent en effet d'accord alors que seulement 2 % ne sont pas d'accord (données non reproduites).

Dispositifs de sécurité

On a demandé aux répondants s'il y avait dans leur demeure une trousse de premiers soins, un détecteur de fumée et un extincteur (Q. 59). Trente-cinq pour cent des Canadiens ont ces trois dispositifs de sécurité dans leur maison, 36 % en ont deux, 22 % en ont un et 7 % n'en ont aucun.

Les détecteurs de fumée sont les dispositifs de sécurité les plus répandus; on les trouve en effet dans 77 % des foyers au Canada. Les trousses de premiers soins viennent au second rang (72 %), et seulement 50 % des foyers disposent d'un extincteur (tableau 6).

On relève des différences importantes d'une province à l'autre en ce qui concerne la proportion de répondants qui possèdent une trousse de premiers soins; au Québec, en Colombie-Britannique et au Yukon, les trois quarts des foyers en sont pourvus alors qu'on en trouve dans un peu plus de la moitié des résidences de l'Île-du-Prince-Édouard. Dans le cas des détecteurs de fumée et des extincteurs, les différences sont moins marquées (tableau 6).

La présence d'un dispositif de sécurité n'est pas étroitement liée à l'âge ou au sexe. On note toutefois que ce sont le plus souvent les personnes âgées de 65 ans et plus qui ne possèdent aucun de ces dispositifs de sécurité (données non reproduites).

Le niveau de scolarité ne semble pas non plus avoir d'effet marqué sur les taux, bien que l'absence de ces trois dispositifs de sécurité soit surtout observée chez les Canadiens qui n'ont pas terminé leurs études secondaires. Il semble par contre y avoir une étroite relation entre la présence d'un dispositif de sécurité et le revenu. Quatorze pour cent des Canadiens classés dans le quintile de revenu le plus bas n'ont aucun de ces trois dispositifs, et seulement 25 % d'entre eux ont les trois. Deux pour cent seulement des membres du groupe ayant le revenu le plus élevé n'ont aucun dispositif de sécurité dans leur maison alors que 44 % disent posséder les trois (tableau 7).

Analyse

Trente-quatre pour cent des Canadiens prétendent connaître la technique de la RCR, et 21 % déclarent avoir suivi des cours de premiers soins au cours des trois années précédant l'enquête. Le fait que ces deux habiletés soient étroitement liées n'a rien d'étonnant, en effet 71 % des personnes qui disent savoir pratiquer la RCR ont suivi des cours de premiers soins au cours des trois années qui ont précédé l'enquête.

Il convient de noter les pourcentages plutôt élevés de jeunes adultes qui ont suivi des cours de premiers soins ou de RCR. En effet, 34 % des répondants âgés entre 15 et 24 ans indiquent qu'ils ont suivi récemment des cours de premiers soins, alors que 44 % déclarent savoir comment pratiquer la RCR. Ces résultats donnent à penser qu'on verra apparaître une génération de Canadiens mieux renseignés sur les techniques de secourisme et davantage capable d'aider les autres.

Ce qui est moins encourageant toutefois c'est de noter le grand nombre de Canadiens qui ne maîtrisent pas ces techniques, en particulier dans certains groupes. Dans l'ensemble, une minorité seulement de Canadiens savent appliquer ces techniques, même si une majorité écrasante de répondants reconnaît l'utilité d'apprendre à tout le moins la RCR. Ces résultats montrent clairement qu'il est vraiment nécessaire de promouvoir davantage les cours de RCR et de réduire les obstacles réels ou perçus qui empêchent les Canadiens d'acquérir cette formation, même s'ils la jugent utile.

Les faibles pourcentages de répondants issus de milieux défavorisés qui ont suivi des cours de premiers soins et de RCR donnent une idée de quelques-uns de ces obstacles. Même des frais d'inscription modestes peuvent décourager un grand nombre de Canadiens à faible revenu, tout comme les obstacles plus subtils mais tout aussi importants que sont le transport des participants, l'existence de services de garderie ou de garde à domicile, l'accessibilité des cours et les méthodes utilisées pour recruter les participants.

De même, il peut être nécessaire d'avoir recours à des techniques pédagogiques spéciales pour répondre aux besoins, aux capacités et aux intérêts particuliers des personnes moins instruites. Ces facteurs expliquent peut-être aussi le faible pourcentage de personnes âgées initiées à ces techniques alors qu'il s'agit du groupe qui a le plus de chances d'avoir besoin de capacités semblables.

Les données concernant la présence à la maison de certains dispositifs de sécurité viennent renforcer ces résultats. Huit Canadiens sur 10 possèdent un détecteur de fumée; plus de 7 sur 10 ont des trousses de premiers soins à la maison et environ la moitié ont également un extincteur. Les membres des groupes à faible revenu ainsi que les personnes âgées sont toutefois les moins nombreux à disposer de telles mesures de protection.

Dans l'ensemble, ces résultats semblent indiquer que ce sont les Canadiens à faible revenu qui sont les moins initiés aux techniques de premiers soins ou de RCR et les moins nombreux à avoir les dispositifs de sécurité nécessaires à la maison. Voilà qui devrait soulever de sérieuses inquiétudes, étant donné qu'en général, ces personnes vivent peut-être dans des conditions plus dangereuses.

Répercussions sur le plan des politiques et des programmes

Les Canadiens n'accordent qu'un appui mitigé aux initiatives gouvernementales dans le domaine de la prévention des accidents à la maison, et il semble même qu'une bonne partie de cet appui dérive surtout d'une préoccupation à l'égard de la santé et de la sécurité des enfants. Néanmoins, ce sont les personnes qui peuvent tirer le mieux parti de ces programmes, à savoir les personnes âgées, les personnes défavorisées et les femmes, qui appuient en plus grand nombre les programmes de sécurité à la maison.

Un tel appui de la part de ces groupes n'est guère surprenant, étant donné que les conditions de vie des personnes âgées et des pauvres risquent d'être plus dangereuses. Si les femmes appuient davantage ces programmes que les hommes c'est peut-être parce qu'elles se préoccupent davantage de la sécurité des enfants ou qu'elles sont plus exposées aux dangers dans la maison.

Si tel est le cas, il devient possible de circonscrire plus clairement la clientèle des programmes de sécurité à la maison. Malheureusement, il est difficile de déterminer de quelle façon on pourra assurer des niveaux équitables de sécurité à la maison pour tous les Canadiens, étant donné que bon nombre des dangers particuliers auxquels font face ces groupes peuvent être liés à leur environnement. Par exemple, les normes régissant l'habitation qui peuvent garantir des niveaux adéquats de sécurité pour la majorité des Canadiens peuvent ne pas être suffisants pour les groupes à haut risque. Le problème est compliqué par l'insuffisance de ressources financières dans certains groupes qui n'ont vraiment pas les moyens d'acheter des dispositifs de sécurité ou de vivre dans des milieux sûrs.

En revanche, les programmes gouvernementaux qui ont trait à la santé des enfants (question qui englobe sans aucun doute l'aspect sécurité) rallient l'appui enthousiaste de tous les groupes dans la population — ce qui indique clairement au gouvernement qu'il doit intervenir dans ce domaine.

Les données sur les cours de premiers soins et de RCR montrent que des progrès ont été réalisés et que les jeunes adultes sont de plus en plus nombreux à connaître ces techniques. Il reste toutefois que les pourcentages généralement faibles de répondants qui ont suivi des cours, en particulier chez les Canadiens défavorisés et les personnes âgées, donnent à penser que la situation pourrait être améliorée considérablement. On devrait déployer des efforts particuliers en vue de rendre les cours de premiers soins et de RCR plus accessibles et de supprimer les obstacles auxquels font face les groupes exclus.

Enfin, bien qu'une majorité de Canadiens aient des dispositifs de sécurité courants à la maison, les Canadiens à faible revenu sont de loin les moins protégés à cet égard.

Dans l'ensemble, ces résultats permettent de circonscrire certains groupes cibles relativement bien définis pour les programmes de sécurité à la maison, à savoir les personnes âgées et celles qui sont issues d'un milieu défavorisé. Ces deux groupes ne disposent pas des ressources nécessaires pour entreprendre des cours et pour acheter les dispositifs de sécurité. De plus, les membres de ces groupes peuvent avoir le plus besoin de ces programmes étant donné que leur environnement risque d'être plus dangereux pour eux que pour d'autres Canadiens.

Il appert donc qu'il faudrait mettre avant tout l'accent sur la santé de ces groupes, et en particulier sur les mesures qui leur permettraient d'acquérir plus facilement les connaissances et les dispositifs de sécurité nécessaires à l'amélioration de leur santé.

Bibliographie

1. **O.T. Thornberry** *et al.* « Health Promotion Data for the 1990 Objectives. Estimates from the National Health Interview Survey of Health Promotion and Disease Prevention: United States, 1985 ». *Advance Data From Vital and Health Statistics*, vol. 126 (19 septembre 1986). Hyattsville (Maryland), U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service (publ. no PHS 86-1250).

TABLEAU 1 : « QUELLE IMPORTANCE L'ÉTAT DOIT-IL ACCORDER À LA PRÉVENTION DES ACCIDENTS À LA MAISON? », SELON L'ÂGE ET LE SEXE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985

	Total (en milliers)	Pas très important (%)	Moyennement important (%)	Très important (%)	Pas de réponse / je l'ignore (%)
Population totale de 15 ans et plus	19 611	9,9	35,7	48,3	6,0
Hommes	9 623	13,0	40,8	40,8	6,4
Femmes	9 988	6,9	30,9	55,6	6,7
ÂGE					
15-24	4 334	7,9	41,8	49,5	0,8*
H	2 204	10,9	45,5	43,1	–
F	3 130	4,9	38,0	56,1	1,0*
25-34	4 476	9,3	38,0	49,2	3,6
H	2 226	13,0	46,5	36,3	4,2
F	2 250	5,5	29,7	61,8	3,0*
35-44	3 529	9,7	39,7	47,7	2,9
H	1 768	13,0	46,9	37,3	2,9*
F	1 761	6,5	32,4	58,2	2,8*
45-54	2 520	10,5	32,3	48,4	8,8
H	1 263	13,0	33,3	44,9	8,9
F	1 257	8,0	31,3	52,0	8,8
55-64	2 306	14,7	31,3	45,5	8,6
H	1 108	20,1	35,6	38,8	5,5*
F	1 198	9,6	27,4	51,7	11,4
65 et plus	2 446	9,8	22,9	48,3	19,1
H	1 054	10,0	23,2	49,0	17,8
F	1 392	9,6	22,5	47,9	20,0

* forte variabilité d'échantillonnage
– ne peuvent être diffusées

TABLEAU 2 : « QUELLE IMPORTANCE L'ÉTAT DOIT-IL ACCORDER À LA PRÉVENTION DES ACCIDENTS À LA MAISON? », PAR PROVINCE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985

	Population (en milliers)	Pas très impoctant (%)	Moyennement important (%)	Très important (%)	Pas de réponse / je l'ignore (%)
Canada	19 611	9,9	35,7	48,3	6,0
Terre-Neuve	423	6,6	26,4	62,0	5,0*
Î.-P.-É.	96	8,3	35,1	47,4	9,3
Nouvelle-Écosse	681	9,7	33,5	52,0	4,8
Nouveau-Brunswick	544	8,3	31,0	52,3	8,4
Québec	5 148	7,3	27,9	60,9	3,9*
Ontario	7 096	10,7	38,9	42,0	8,4
Manitoba	818	12,4	40,4	40,9	6,4
Saskatchewan	759	12,5	39,1	44,3	4,1*
Alberta	1 762	11,4	41,8	42,1	4,7
C.-B.	2 267	11,6	39,7	43,9	4,7*
Yukon	17	12,5	43,8	37,5	6,3

* forte variabilité d'échantillonnage

TABLEAU 3 : POURCENTAGE DE LA POPULATION QUI CONNAÎT LES TECHNIQUES DE SECOURISME CHOISIES, SELON L'ÂGE ET LE SEXE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985

	Total (en milliers)	% qui a suivi des cours de premiers soins au cours des 3 années précédant l'enquête	% qui sait pratiquer la RCR
Population totale de 15 ans et plus	19 611	20,7	33,7
Hommes	9 623	24,1	38,4
Femmes	9 988	17,5	29,1
ÂGE			
15-24	4 333	34,2	44,1
H	2 203	31,4	42,8
F	2 130	37,1	45,4
25-34	4 476	22,4	36,4
H	2 225	27,7	41,1
F	2 250	17,0	31,7
35-44	3 529	23,6	34,8
H	1 769	28,9	40,4
F	1 760	18,3	29,2
45-54	2 520	17,7	28,8
H	1 263	23,6	36,0
F	1 257	11,9	21,6
55-64	2 306	9,2	26,3
H	1 108	12,7	34,9
F	1 199	5,9*	18,5
65 et plus	2 446	3,7	20,6
H	1 054	5,6*	27,0
F	1 392	2,2*	15,8

* forte variabilité d'échantillonnage

TABLEAU 4 : POURCENTAGE DE LA POPULATION QUI CONNAÎT LES TECHNIQUES DE SECOURISME CHOISIES, PAR PROVINCE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985

	Population (en milliers)	% qui a suivi des cours de premiers soins au cours des 3 années précédant l'enquête	% qui sait pratiquer la RCR
Canada	19 611	20,7	33,7
Terre-Neuve	423	20,0	35,6
Î.-P.-É.	96	26,7	34,3
Nouvelle-Écosse	681	20,0	29,4
Nouveau-Brunswick	544	16,4	28,0
Québec	5 148	14,4	33,2
Ontario	7 096	24,1	34,8
Manitoba	818	20,8	18,3
Saskatchewan	759	20,0	22,2
Alberta	1 762	22,6	39,1
C.-B.	2 267	24,2	38,6
Yukon	17	30,8	44,1

TABLEAU 5 : POURCENTAGE DE LA POPULATION QUI CONNAÎT LES TECHNIQUES DE SECOURISME CHOISIES, SELON LES CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION, PERSONNES AGÉES DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985

	Total (en milliers)	% qui a suivi des cours de premiers soins au cours des 3 années précédant l'enquête	% qui sait pratiquer la RCR
Population totale de 15 ans et plus	19 611	20,7	33,7
QUINTILE DE REVENU			
Inférieur	2 826	11,6	30,7
Deuxième	2 437	16,6	33,7
Troisième	2 614	22,8	35,5
Quatrième	2 179	28,3	36,1
Supérieur	2 513	28,5	41,2
NIVEAU D'INSTRUCTION			
Études primaires et quelques années d'études secondaires	7 173	15,3	27,8
Études secondaires	7 871	22,3	35,5
Études post-secondaires	4 368	27,1	40,0
LANGUE			
Anglais	13 165	23,8	35,5
Français	4 928	14,2	32,4
Autre	1 390	15,7	21,6
ACTIVITÉ PRINCIPALE			
Au travail	10 414	24,1	36,4
À la recherche d'un emploi	976	21,3	37,1
Aux études	2 300	43,3	49,1
Au foyer	3 425	59,8	22,4
À la retraite	2 172	2,9*	20,9
CATÉGORIE D'EMPLOI			
Gestionnaires / professionnels	3 209	30,7	43,2
Autres cols blancs	3 723	19,8	32,9
Cols bleus	3 367	22,9	33,5
TAILLE DU MÉNAGE			
Une personne	2 195	13,6	29,1
Deux personnes	5 706	15,0	29,1
Trois personnes	3 956	20,4	32,7
Quatre personnes ou plus	7 755	27,1	38,8
ÉTAT MATRIMONIAL			
Marié(e) / union libre	12 074	18,2	31,9
Célibataire	5 327	31,1	41,4
Séparé(e) / divorcé(e)	1 017	17,8	31,9
Veuf / veuve	1 189	2,7*	19,0

* forte variabilité d'échantillonnage

TABLEAU 6 : POURCENTAGE DE LA POPULATION QUI POSSÈDE LES DISPOSITIFS DE SÉCURITÉ CHOISIS À LA MAISON, PAR PROVINCE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985

	Population (en milliers)	Trousse de premiers soins (%)	Détecteur de fumée (%)	Extincteur (%)	Aucun dispositif (%)	Les trois dispositifs (%)
Canada	19 611	72,4	77,0	49,6	7,1	35,3
Terre-Neuve	423	65,8	83,1	51,2	8,8	37,4
Î.-P.-É.	96	53,7	83,6	60,0	7,3	35,6
Nouvelle-Écosse	681	61,1	77,7	50,1	8,9	31,8
Nouveau-Brunswick	544	60,9	82,0	49,4	6,8	30,3
Québec	5 148	75,7	74,6	51,4	7,0	36,3
Ontario	7 096	73,1	77,0	45,8	7,5	34,4
Manitoba	818	66,7	80,8	53,9	7,3	35,7
Saskatchewan	759	65,3	78,0	56,6	7,4	36,7
Alberta	1 762	71,9	81,8	54,4	5,0	39,0
C.-B.	2 267	75,4	73,7	48,5	6,7	33,9
Yukon	17	75,1	74,7	65,1	6,5	45,9

TABLEAU 7 : **POURCENTAGE DE LA POPULATION QUI POSSÈDE UN EXTINCTEUR, UN DÉTECTEUR DE FUMÉE OU UNE TROUSSE DE PREMIERS SOINS, SELON LES CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION, PERSONNES AGÉES DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985**

	Population (en milliers)	Aucun (%)	Les trois (%)
QUINTILE DE REVENU			
Inférieur	2 826	13,8	24,6
Deuxième	2 437	8,6	32,9
Troisième	2 614	3,9	35,2
Quatrième	2 179	4,0	44,2
Supérieur	2 513	2,2*	44,1
NIVEAU D'INSTRUCTION			
Études primaires et quelques années d'études secondaires	7 173	8,0	34,8
Études secondaires	7 871	4,8	35,2
Études post-secondaires	4 368	5,5	36,6
LANGUE			
Anglais	13 165	6,6	35,7
Français	4 928	6,5	35,5
Autre	1 390	14,3	30,1
CATÉGORIE D'EMPLOI			
Gestionnaires / professionnels	3 209	6,5	38,3
Autres cols blancs	3 723	4,2	34,3
Cols bleus	3 367	8,4	39,1
ÉTAT MATRIMONIAL			
Marié(e) / union libre	12 074	4,8	39,9
Célibataire	5 327	9,9	29,4
Séparé(e) / divorcé(e)	1 017	15,1	27,0
Veuf / veuve	1 189	10,9	21,9
« JE FAIS PLUS D'EFFORT POUR AMÉLIORER MON ÉTAT DE SANTÉ »			
Parmi ceux qui sont d'accord	7 132	7,0	37,2
Parmi ceux qui ne sont pas d'accord	3 359	6,9	31,6
« FUMEZ-VOUS LA CIGARETTE? »			
Parmi ceux qui disent oui	3 871	7,3	31,5
Parmi ceux qui disent non	7 293	7,0	37,3
« AVEZ-VOUS SUIVI DES COURS DE PREMIERS SOINS AU COURS DES 3 DERNIÈRES ANNÉES? »			
Parmi ceux qui disent oui	2 257	4,0	43,1
Parmi ceux qui disent non	8 892	8,5	31,3

* forte variabilité d'échantillonnage

10

La promotion de la sécurité et de la santé au travail

R.A. Warren
Unité des études en promotion de la santé
Santé et Bien-être social Canada

Remerciements : Nous tenons à remercier Martin Shain, Fondation de la recherche sur l'alcoolisme et la toxicomanie, et l'Unité de la promotion de la santé au sein du milieu de travail, Direction de la promotion de la santé.

Points saillants

- 60 % des Canadiens estiment que la prévention des accidents au travail est un sujet auquel l'État doit attacher beaucoup d'importance.
  - Les personnes qui appartiennent aux couches socio-économiques inférieures attribuent une cote plus élevée à ce sujet.
  - Les Canadiens qui travaillent dans les secteurs du commerce de gros, de la fabrication des biens durables et du bâtiment sont ceux qui attachent le plus d'importance aux initiatives de prévention des accidents.
- 38 % des travailleurs canadiens ne sont pas au courant de l'existence de programmes de prévention des accidents dans leur lieu de travail.
  - Ce sont les femmes, les jeunes et les travailleurs pauvres qui sont le moins au courant de l'existence de programmes de prévention des accidents.
  - Les personnes qui travaillent dans de très petites entreprises (de moins de 10 employés), et celles qui travaillent dans les secteurs de l'administration publique, de l'agriculture, des finances et de l'immobilier déclarent n'être pas très au courant de l'existence de programmes semblables.
- Plus de 2 travailleurs canadiens sur 3 estiment que leur lieu de travail est un endroit approprié pour des activités de promotion de la santé.
  - Les travailleurs le plus favorables à la promotion de la santé dans le lieu de travail sont employés par de grandes organisations, en particulier dans les secteurs du commerce, de la fabrication des biens durables et des services communautaires.
  - Les travailleurs le moins favorables à cette idée sont les employés de petits organismes et les travailleurs des secteurs du commerce de détail, du bâtiment et de l'administration publique.
  - Les travailleurs pauvres, les personnes peu instruites et les répondants dont la première langue est ni l'anglais ni le français sont ceux qui sont le moins susceptibles de considérer leur lieu de travail comme un endroit approprié pour l'application de programmes de promotion de la santé.
- 41 % des travailleurs canadiens sont au courant de l'existence de programmes de promotion de la santé dans leur lieu de travail.
  - Ce sont les gestionnaires et les professionnels qui sont le plus au courant de l'existence de ces programmes, et les travailleurs pauvres, ceux qui le sont le moins.
- Près d'un travailleur canadien sur deux a reçu de l'information concernant la santé dans son lieu de travail.
  - Ce sont le plus souvent les cadres et les professionnels qui obtiennent ce genre d'information, alors que les travailleurs pauvres sont ceux qui en reçoivent le moins.
- Plus de 3 travailleurs sur 4 qui reçoivent de l'information concernant la santé dans leur lieu de travail estiment que ces renseignements sont utiles.
- L'usage du tabac est en train de devenir un problème dans le lieu de travail, et beaucoup de gens souhaitent pouvoir travailler dans des lieux exempts de fumée de tabac.
  - Une forte proportion de fumeurs (83 %) et de non-fumeurs (78 %) sont d'avis qu'il faudrait prévoir des lieux de travail sans fumée pour les non-fumeurs.
  - Près de 2 travailleurs canadiens sur 3 sont incommodés par la fumée provenant de cigarettes que d'autres fument en leur présence.
- Le nombre de lieux de travail sans fumée est loin d'être suffisant.
  - Seulement 7 % des Canadiens travaillent dans des endroits où l'usage du tabac est interdit.
  - Un employé canadien sur deux travaille dans un endroit où l'usage du tabac n'est pas restreint.
  - C'est dans le secteur manufacturier et dans celui des affaires que l'usage du tabac est le plus souvent interdit ou restreint, et c'est dans le secteur du bâtiment, le secteur primaire et celui de l'administration publique qu'il l'est le moins.

Introduction

Les données sur la sécurité et la santé au travail proviennent surtout des questions 98 à 103 posées uniquement aux répondants ayant indiqué à la question 90 qu'ils avaient « surtout travaillé à un emploi ou à une entreprise au cours des 12 derniers mois ». Tous les répondants devaient indiquer à la question 79 quelle importance, selon eux, l'État devait accorder à la prévention des accidents au travail; toutefois, les données présentées dans le document proviennent surtout des travailleurs (p. ex., le tableau 1). Pour savoir quels sont les termes exacts de chacun de ces énoncés, le lecteur doit se reporter à l'annexe B qui renferme un exemplaire du questionnaire.

La catégorie « je l'ignore » ou « sans réponse » est exclue des tableaux. Pour la plupart des questions, cette catégorie ne représente pas plus de 5 % des répondants et influe très peu sur les résultats.

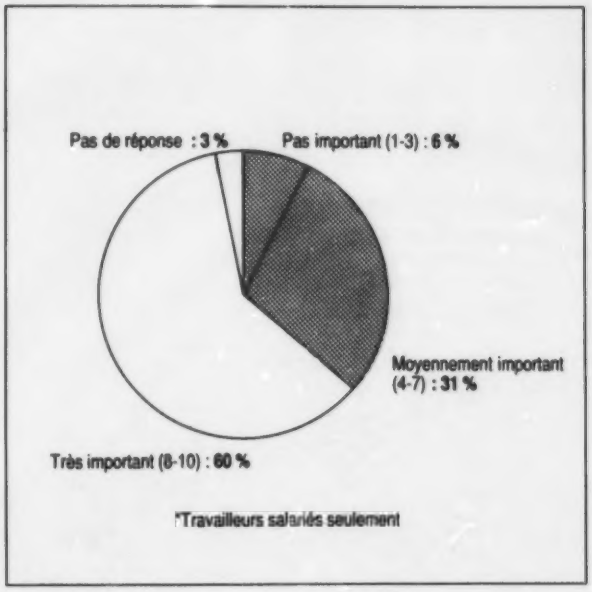
Les renseignements incomplets constituent la principale source d'erreur possible dans ce chapitre. Dans une enquête de ménages, on ne dispose d'aucune méthode sûre pour évaluer la nature exacte des programmes appliqués dans les lieux de travail. Il est donc difficile d'interpréter les données présentées aux tableaux 2 à 6 sur le degré de sensibilisation des répondants aux programmes de sécurité et de promotion de la santé au travail. Il se peut que les travailleurs ne soient pas très au courant parce qu'ils ne sont pas renseignés sur ces programmes ou qu'il n'en existe pas à leur lieu de travail.

Lorsqu'on analyse les résultats, il faut tenir compte du fait que les données ne sont pas normalisées pour des caractéristiques tels que l'âge, le sexe et le niveau socio-économique. Ainsi, dans les comparaisons entre industries, on fait abstraction par exemple des différences de scolarité entre les travailleurs de la construction et ceux du secteur de l'administration publique, bien que la scolarité soit liée au degré de sensibilisation des travailleurs à la promotion de la santé et à la sécurité au travail ainsi qu'à leur attitude à cet égard. Comme les données ne sont pas normalisées, il se peut que certaines différences signalées entre les groupes dans ce chapitre soient moins importantes, mais il est peu probable que l'effet soit plus que négligeable dans la plupart des cas. Cette question sera approfondie dans l'annexe A.

La prévention des accidents au travail

Les accidents survenant sur les lieux de travail coûtent des millions de dollars par an à l'industrie canadienne; en outre, ils représentent un lourd fardeau pour le réseau de santé canadien[1]. Bien que les gouvernements, les organismes à but non lucratif et les associations d'employeurs et d'employés aient déployé des efforts considérables en vue de prévenir les accidents sur les lieux de travail, ces contretemps représentent toujours un problème majeur. Dans le présent chapitre, nous examinerons deux questions liées à la prévention des accidents dans le lieu de travail : l'appui que reçoivent les mesures gouvernementales dans le domaine de la sécurité au travail et le degré actuel de sensibilisation des employés aux programmes de prévention des accidents.

FIGURE A : « QUELLE IMPORTANCE L'ÉTAT DOIT-IL ACCORDER À LA PRÉVENTION DES ACCIDENTS AU TRAVAIL? », POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985



Qu'ils soient membres ou non de la population active, tous les répondants ont dû indiquer sur une échelle graduée de 1 à 10, quelle importance, selon eux, l'État devait accorder à chacun des sujets relatifs à la santé et à la sécurité énumérés à la question 79. Leurs réponses ont été regroupées en trois catégories : peu d'importance (1 à 3), assez d'importance (4 à 7) et beaucoup d'importance (8 à 10).

Soixante pour cent des Canadiens adultes sont d'avis que la prévention des accidents est un sujet auquel l'État devrait accorder beaucoup d'importance. Six pour cent seulement considèrent que l'État devrait y attacher peu d'importance (figure A). Les répondants qui font partie de la population active n'attachent pas plus d'importance à cette question que les non-actifs. Lorsqu'on tient compte uniquement des réponses fournies par les membres de la population active, les proportions sont les suivantes : 60 % estiment que le sujet est très important et 6 % sont d'avis qu'il ne l'est pas (tableau 1). Sur les 10 sujets relatifs à la santé et à la sécurité, la prévention des accidents au travail se classe au cinquième rang en importance (tableau 6, chapitre 15).

Variations selon les groupes de répondants

Les femmes accordent un peu plus d'importance que les hommes aux mesures gouvernementales dans le domaine de la prévention des accidents au travail. Les répondants du Québec et des autres provinces situées à l'est de cette dernière attribuent une cote plus élevée à cette question que les résidents de l'Ontario et de l'Ouest du pays. Les cotes les plus élevées ont été relevées au Nouveau-Brunswick, au Québec et à Terre-Neuve (où 67-68 % des répondants ont déclaré que cette question revêt beaucoup d'importance) tandis que les cotes les plus basses ont été signalées en Colombie-Britannique, en Saskatchewan et en Alberta (53-55 % des répondants) (tableau 6, chapitre 15).

Les cotes attribuées par les répondants à la prévention des accidents au travail varient également selon la langue, la scolarité et le niveau de revenu. Les répondants dont la langue première n'est pas l'anglais, ceux qui touchent un revenu faible et ceux qui sont peu instruits ont tous attribué une cote plus élevée à cette question (tableau A).

TABLEAU A : « QUELLE IMPORTANCE L'ÉTAT DOIT-IL ACCORDER À LA PRÉVENTION DES ACCIDENTS AU TRAVAIL? », SELON LES CARACTÉRISTIQUES SOCIALES ET ÉCONOMIQUES, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985 (TRAVAILLEURS SALARIÉS SEULEMENT)

	Pourcentage de la population qui accorde beaucoup d'importance à la prévention des accidents
LANGUE	
Anglais	59,1
Français	66,4
Autre	61,5
NIVEAU D'INSTRUCTION	
Études primaires et quelques années d'études secondaires	64,0
Études secondaires	61,7
Études post-secondaires	54,9
QUINTILE DE REVENU	
Inférieur	63,5
Deuxième	66,4
Troisième	63,7
Quatrième	54,7
Supérieur	57,7
ACTIVITÉ PRINCIPALE	
Au travail	44,6
À la recherche d'un emploi	47,8
Aux études	53,5
Au foyer	59,8
À la retraite	45,0
CATÉGORIE D'EMPLOI	
Gestionnaires / professionnels	56,0
Autres cols blancs	60,8
Cols bleus	64,0

En outre, la proportion des cols bleus (64 %) qui considèrent la question de la prévention des accidents comme très importante est supérieure à celle des cadres et des professionnels (56 %) ou des autres cols blancs (61 %).

Industrie et taille de l'organisation

Les cotes correspondant à l'importance que l'État devrait accorder à la prévention des accidents au travail ne varient pas beaucoup en fonction de la taille de l'entreprise, mais diffèrent considérablement selon l'industrie. Ce sont les travailleurs des secteurs de l'agriculture, des finances, de l'immobilier et du commerce de détail qui attribuent les cotes les plus faibles et ceux du secteur du commerce de gros, de la fabrication des biens durables et du bâtiment qui attribuent les cotes les plus élevées (tableau B).

TABLEAU B : « QUELLE IMPORTANCE L'ÉTAT DOIT-IL ACCORDER À LA PRÉVENTION DES ACCIDENTS AU TRAVAIL? », SELON LA TAILLE DE L'ORGANISATION ET L'INDUSTRIE OU LE SECTEUR, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985 (TRAVAILLEURS SALARIÉS SEULEMENT)

	Pourcentage de la population qui accorde beaucoup d'importance à la prévention des accidents
Nombre total de travailleurs salariés de 15 ans et plus	60,0
TAILLE DE L'ORGANISATION	
Moins de 10 employés	59,3
Entre 10 et 49 employés	60,3
Entre 50 et 100 employés	63,0
Plus de 100 employés	60,2
INDUSTRIE / SECTEUR	
Commerce de gros	65,2
Fabrication de biens durables	65,0
Bâtiment	63,2
Services commerciaux et divers	62,0
Fabrication de biens non durables	61,8
Secteur primaire (à l'exclusion de l'agriculture)	61,5
Transports / communications / services publics	61,1
Administration publique	60,0
Services communautaires	58,4
Commerce de détail	54,8
Finances / immobilier / assurances	47,3
Agriculture	47,2

Analyse

Bien que la prévention des accidents au travail figure au cinquième rang parmi les 10 sujets relatifs à la santé classés par ordre d'importance, neuf sur 10 estiment que l'État doit s'y intéresser au moins modérément. Les perspectives d'une amélioration continue de la situation dans ce domaine sont excellentes grâce à la coordination et la collaboration entre secteurs.

puisqu'un grand nombre d'organismes de sécurité s'occupent de cette question, qu'il s'agisse d'associations du secteur public ou privé ou d'associations à but non lucratif.

Les Canadiens qui ne parlent pas l'anglais et ceux qui sont de niveau socio-économique inférieur accordent généralement un peu plus d'importance à la prévention des accidents au travail. Cette constatation amène deux conséquences importantes. D'abord, il se peut que les Canadiens de niveau socio-économique inférieur travaillent généralement dans des milieux plus dangereux. À cet égard, les risques professionnels peuvent constituer un obstacle important à leur santé; c'est pourquoi ils devraient figurer au nombre des groupes prioritaires auxquels s'adressent les initiatives de promotion de la santé publique.

En outre, il peut s'avérer difficile d'atténuer les risques auxquels ces groupes sont exposés par un programme courant d'information et d'éducation en raison de leurs caractéristiques d'emploi et de leurs attributs socio-économiques. Il faudra sans doute envisager à la place une série de changements soigneusement planifiés au milieu alliés à des programmes éducatifs novateurs (p. ex., l'entraide) qui tiennent compte des circonstances de ces groupes.

Il n'est pas difficile de définir les groupes professionnels à haut risque. En effet, les membres de ces groupes semblent être conscients du fait qu'ils courent des risques plus élevés et appuient les mesures visant à atténuer ces risques. Ce qui est plus difficile, toutefois, c'est de concevoir des programmes qui peuvent atténuer efficacement ces risques. De telles mesures exigeront probablement la participation à long terme des secteurs public et privé et des organismes bénévoles qui devront se concerter et coordonner leurs efforts pour atteindre cet objectif.

Connaissance des programmes de prévention des accidents

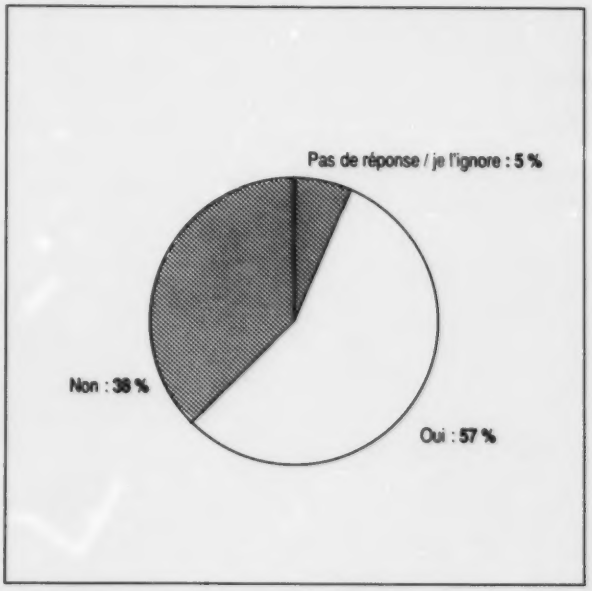
On a demandé aux répondants qui exerçaient un emploi s'ils étaient au courant de l'existence de programmes de sécurité et de prévention des accidents dans leur lieu de travail (Q. 98). Plus d'un travailleur sur deux (57 %) a répondu par l'affirmative (figure B).

Variations selon les groupes de répondants

Une plus grande proportion d'hommes que de femmes (62 % contre 51 %) ont dit connaître l'existence de programmes de prévention des accidents dans leur lieu de travail et ce, quel que soit leur âge. En général, les travailleurs âgés étaient plus au fait de tels programmes que les jeunes; les taux les plus élevés ont été relevés chez les travailleurs âgés de 55 ans et plus (65 %) et les taux les plus faibles, chez les travailleurs âgés de 15 à 24 ans (48 %) (tableau 2).

Bien que ces données ne soient pas indiquées, on note que le degré de sensibilisation des travailleurs aux programmes de prévention des accidents au travail ne varie pas considérablement selon la langue ou la scolarité, mais qu'il existe une corrélation étroite entre cette variable et le revenu, la profession et la province de résidence (tableau 3). Les répondants le moins au courant sont ceux de la Nouvelle-Écosse, de la Saskatchewan et du Yukon, les travailleurs qui touchent les revenus les plus faibles et les employés de bureau non professionnels.

FIGURE B : « SAVEZ-VOUS S'IL EXISTE DES PROGRAMMES DE SÉCURITÉ OU DE PRÉVENTION DES ACCIDENTS DANS VOTRE LIEU DE TRAVAIL? », POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985



Industrie et taille de l'organisation

On observe des différences notables dans le degré de sensibilisation des travailleurs aux programmes de prévention des accidents selon l'industrie et la taille de l'entreprise (tableau C). De 70 à 80 % des travailleurs qui exercent un emploi dans le secteur primaire (à l'exclusion de l'agriculture), et dans les secteurs de la fabrication, des services commerciaux et des services communautaires indiquent qu'ils sont au courant de l'existence de programmes de prévention des accidents. Dans chacun des autres secteurs de l'industrie, moins de la moitié des travailleurs sont au fait de l'existence de tels programmes. Ce sont les travailleurs du secteur de l'administration publique, de l'agriculture, des finances et de l'immobilier qui signalent les taux les plus bas.

Le degré de sensibilisation des travailleurs à la prévention des accidents est étroitement lié à la taille de l'entreprise. Soixante-douze pour cent des travailleurs qui occupent un poste dans une grande entreprise (100 travailleurs et plus) sont au courant de l'existence de

programmes de prévention des accidents tandis que dans les entreprises de 10 employés ou moins, la proportion n'est que de 28 %.

TABLEAU C : « SAVEZ-VOUS S'IL EXISTE DES PROGRAMMES DE SÉCURITÉ OU DE PRÉVENTION DES ACCIDENTS DANS VOTRE LIEU DE TRAVAIL? », SELON LA TAILLE DE L'ORGANISATION ET L'INDUSTRIE OU LE SECTEUR, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985 (TRAVAILLEURS SALARIÉS SEULEMENT)

	Pourcentage de la population qui sait que des programmes existent
TAILLE DE L'ORGANISATION	
Moins de 10 employés	28,3
Entre 10 et 49 employés	50,5
Entre 50 et 100 employés	47,1
Plus de 100 employés	72,3
INDUSTRIE / SECTEUR	
Secteur primaire (à l'exclusion de l'agriculture)	78,5
Fabrication de biens non durables	78,1
Fabrication de biens durables	77,0
Services commerciaux et divers	71,5
Services communautaires	70,0
Bâtiment	49,1
Transports / communications / services publics	44,1
Commerce de détail	41,9
Commerce de gros	37,8
Finances / assurances / immobilier	33,4
Agriculture	32,9
Administration publique	28,1

Analyse

Seulement 57 % des travailleurs canadiens sont au courant de l'existence de programmes de prévention des accidents dans leur lieu de travail. Il est impossible de distinguer ici entre l'absence de programmes où l'ignorance des travailleurs à ce sujet, ce qui n'a pas beaucoup d'importance du point de vue des travailleurs, du moins pour les programmes qui exigent leur participation active.

Fait à signaler, les jeunes travailleurs et les femmes ne sont pas très au courant de ces programmes. En raison de leur inexpérience, les jeunes travailleurs sont ceux qui ont le plus besoin d'être renseignés au sujet de la prévention des accidents. En outre, même si le nombre de femmes qui se sont jointes à la population active au cours de la dernière décennie a augmenté rapidement, la proportion de répondantes qui ont indiqué être au courant de ces programmes est faible, ce qui laisse supposer que les programmes de sécurité ne prévoient pas tous encore des mesures de protection contre les risques auxquels les femmes sont exposées dans leur lieu de travail ou qu'on ne s'est pas encore préoccupé de répondre aux besoins particuliers des femmes. Le fait qu'une forte proportion de femmes travaillent comme employées de bureau et vendeuses atténue quelque peu le problème.

Enfin, l'écart considérable entre la proportion de travailleurs au courant des programmes de prévention des accidents selon l'industrie et la taille de l'organisation laisse supposer qu'il faudra établir des objectifs prioritaires précis en vue de l'amélioration de la santé des travailleurs canadiens par la mise en oeuvre de programmes de sécurité au travail. Une fois de plus, nous soulignons qu'une collaboration étroite entre secteurs est essentielle pour que des progrès sensibles soient réalisés.

La promotion de la santé dans le lieu de travail

Les politiques, activités et programmes axés sur la santé au travail représentent un nouveau domaine d'intérêt pour les responsables de la promotion de la santé. Les groupes d'employeurs et (ou) d'employés peuvent créer un milieu propice à la santé en menant des activités de promotion de la santé dans leur lieu de travail et en adoptant des politiques favorables au bien-être des employés. La présente section examinera trois aspects de la promotion de la santé dans les lieux de travail canadiens : l'appui des initiatives de promotion de la santé menées dans le lieu de travail, la sensibilisation des travailleurs aux programmes et activités en promotion de la santé dans les lieux de travail canadiens et enfin, l'existence de politiques favorables à la santé, en l'occurrence, des politiques anti-tabac.

Le lieu de travail — endroit approprié pour la promotion de la santé?

On a demandé aux répondants s'ils pensaient que le lieu de travail était un endroit approprié pour promouvoir les bonnes habitudes de santé (Q. 103). Soixante-neuf pour cent des travailleurs canadiens ont répondu par l'affirmative et seulement 24 % ont répondu par la négative (figure C).

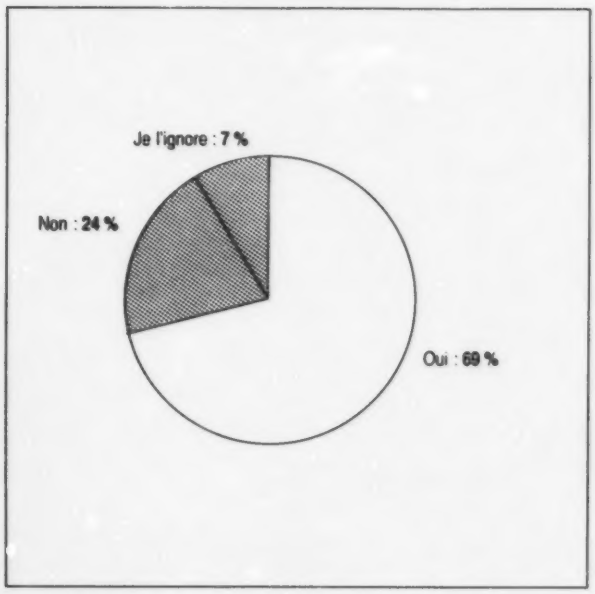
Variations selon les groupes de répondants

On observe très peu de différence dans les réponses à ces questions chez les travailleurs selon l'âge ou le sexe. Cependant, les femmes et les travailleurs âgés sont ceux qui indiquent le plus souvent que leur lieu de travail est un endroit approprié pour les programmes de promotion de la santé (tableau 4). En outre, on note très peu de différences d'une province à l'autre, bien que les Québécois soient le plus souvent d'accord et les Terre-Neuviens, le moins souvent (tableau 5).

La mesure dans laquelle les travailleurs perçoivent leur lieu de travail comme un endroit approprié pour les initiatives de promotion de la santé varie selon leur scolarité et leur niveau de revenu. Les travailleurs dont le revenu familial se situe dans le quintile inférieur, et

les Canadiens qui ont terminé des études secondaires tout au plus sont ceux qui sont le moins susceptibles de croire que le lieu de travail est un endroit approprié (tableau 6). Les Canadiens dont la langue première n'est ni l'anglais ni le français sont moins nombreux aussi à considérer que leur lieu de travail est un endroit approprié pour des activités de promotion de la santé.

FIGURE C : « PENSEZ-VOUS QUE LE LIEU DE TRAVAIL EST UN ENDROIT APPROPRIÉ POUR PROMOUVOIR LES BONNES HABITUDES DE SANTÉ? », POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985



Soixante-quinze pour cent des cadres et des professionnels estiment que leur lieu de travail est un endroit approprié pour la promotion de la santé tandis que chez les autres cols blancs et chez les cols bleus, les proportions sont respectivement de 67 % et de 65 %.

Industrie et taille de l'organisation

Ceux qui sont le plus favorables à des programmes de promotion de la santé en milieu de travail sont les travailleurs des secteurs des entreprises commerciales (93 %), suivis de ceux de la fabrication de biens durables (76 %) et des services communautaires (71 %). Les travailleurs canadiens qui sont le moins susceptibles de croire que leur lieu de travail convient pour des activités de promotion de la santé sont ceux qui occupent un emploi dans les secteurs du commerce de détail (50 %), du bâtiment (54 %) et de l'administration publique (60 %).

On observe également un rapport entre la proportion de travailleurs d'une entreprise qui estiment que leur lieu de travail est un endroit approprié pour la mise en oeuvre de programmes de la promotion de la santé et la taille de l'entreprise en question. Les travailleurs des grandes entreprises (74 %) sont ceux qui appuient le plus les programmes de promotion de la santé tandis que les employés d'entreprises qui comptent dix travailleurs ou moins sont ceux qui y sont le moins favorables (60 %) (tableau D).

Analyse

La proportion de travailleurs favorables aux initiatives de promotion de la santé dans leur lieu de travail est élevée; plus de deux travailleurs canadiens sur trois estiment que leur lieu de travail est un endroit convenable pour des activités dans ce domaine. Cette constatation est particulièrement encourageante pour les responsables de la santé publique, mais ceux-ci ne devraient pas être trop enthousiastes et ce, pour plusieurs raisons.

Tout d'abord, plusieurs groupes à haut risque, notamment les travailleurs pauvres, les personnes peu instruites et celles dont la langue première n'est ni l'anglais ni le français ne considèrent pas que leur lieu de travail est un endroit approprié pour des initiatives en promotion de la santé. C'est le dilemme classique pour les responsables de la promotion de la santé; les gens qui en ont le plus besoin sont ceux qui sont le plus difficiles à atteindre. Il faudrait donc profiter de l'intérêt apparent que suscitent les programmes de promotion de la santé au travail, tout en veillant à ce que ces initiatives ne contribuent pas simplement à accroître les disparités actuelles. Il faudrait plutôt considérer les travailleurs pauvres comme un groupe cible prioritaire au moment de concevoir des programmes de santé au travail et déployer des efforts considérables pour voir à ce qu'ils soient rendus accessibles à ces groupes.

Deuxièmement, les employés de certaines entreprises considèrent que leur lieu de travail convient moins pour des initiatives de promotion de la santé, ce qui semble indiquer une fois de plus que certains endroits sont en réalité moins propices pour des activités de promotion de la santé et (ou) que certains types d'entreprises ont à surmonter des obstacles considérables pour offrir des programmes de promotion de la santé à leurs employés. On note par exemple que les organismes de 10 employés ou moins sont ceux qui sont le moins favorables aux activités de promotion de la santé, ce qui ne surprend guère. Rares sont les petites entreprises qui ont les moyens de se payer un coordonnateur de programme à plein temps ou à temps partiel. Dans ces cas, il faut prévoir des approches plus ingénieuses qui permettront à ces entreprises de surmonter de tels obstacles. Plusieurs petites entreprises pourraient par exemple mettre leurs ressources en commun afin de permettre à leurs employés d'avoir davantage accès à de tels programmes.

En somme, il faut considérer que l'appui considérable accordé aux initiatives de promotion de la santé au travail n'est pas seulement une occasion inouïe mais aussi un défi de taille, à savoir, l'occasion d'offrir des programmes de promotion de la santé à des secteurs

de plus en plus importants de la population canadienne et le défi que pose l'accès à ces programmes pour veiller à ce que les inégalités à ce niveau soient atténuées plutôt qu'exacerbées.

TABLEAU D : « **PENSEZ-VOUS QUE LE LIEU DE TRAVAIL EST UN ENDROIT APPROPRIÉ POUR PROMOUVOIR LES BONNES HABITUDES DE SANTÉ? », SELON LA TAILLE DE L'ORGANISATION ET L'INDUSTRIE OU LE SECTEUR, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985 (TRAVAILLEURS SALARIÉS SEULEMENT)**

	Pourcentage de la population qui pense que le lieu de travail est un endroit approprié
TAILLE DE L'ORGANISATION	
Moins de 10 employés	60,1
Entre 10 et 49 employés	64,7
Entre 50 et 100 employés	62,4
Plus de 100 employés	74,4
INDUSTRIE / SECTEUR	
Services commerciaux et divers	90,3
Fabrication de biens durables	76,1
Services communautaires	71,3
Transports / communications / services publics	69,9
Agriculture	69,7
Secteur primaire (à l'exclusion de l'agriculture)	69,3
Commerce de gros	66,7
Fabrication de biens non durables	64,2
Finances / assurances / immobilier	62,1
Administration publique	59,6
Bâtiment	54,4
Commerce de détail	49,9

Degré de sensibilisation des répondants aux programmes de promotion de la santé au travail

On a demandé aux répondants s'ils étaient au courant de l'existence « de programmes (dans leur lieu de travail) visant à améliorer la santé et la condition physique ou à favoriser une saine alimentation » (Q. 99). Quarante et un pour cent d'entre eux ont répondu par l'affirmative.

Variations selon les groupes de répondants

On a observé très peu de différences selon l'âge et le sexe quant au degré de sensibilisation des travailleurs aux programmes de promotion de la santé dans leur lieu de travail. Les jeunes répondants (âgés de 15 à 24 ans) sont ceux qui sont le moins au courant de tels programmes (tableau 4). Le degré de sensibilisation diffère d'une province à l'autre, les taux les plus élevés ayant été enregistrés au Yukon (51 %) et les plus faibles, en Saskatchewan (34 %) (tableau 5).

On observe cependant des différences importantes dans le degré de sensibilisation selon la scolarité et le niveau de revenu. Les Canadiens dont le revenu familial se situe dans le quintile supérieur sont ceux qui sont le plus au courant. Ceux qui ont fait des études postsecondaires et qui ont obtenu un grade/diplôme sont beaucoup plus au fait de ces programmes que les travailleurs canadiens moins instruits (tableau 6).

Les répondants anglophones sont ceux qui sont le plus au courant de ces programmes (44 %), suivis des francophones (35 %). On observe en outre que les cadres et les professionnels sont beaucoup plus au fait des programmes de promotion de la santé au travail (55 %) que ne le sont les autres cols blancs (33 %) ou les cols bleus (35 %) (tableau 6).

Industrie et taille de l'organisation

Le degré de sensibilisation des travailleurs aux programmes de promotion de la santé dans le lieu de travail varie considérablement selon l'industrie et la taille de l'organisation. Selon les données obtenues, ce sont les travailleurs des secteurs des entreprises commerciales (71 %), ceux des services communautaires (53 %) et ceux du secteur de la fabrication des biens non durables (53 %) qui sont le plus au courant.

Les travailleurs qui occupent un emploi dans de grandes entreprises (plus de 100 employés) indiquent beaucoup plus souvent qu'ils sont au courant de programmes de promotion de la santé (52 %) que ne le font les travailleurs de petites entreprises. Seulement 22 % des employés des entreprises qui comptent 10 travailleurs ou moins sont au courant de tels programmes (tableau E).

TABLEAU E : « **SAVEZ-VOUS S'IL EXISTE DES PROGRAMMES VISANT À AMÉLIORER LA SANTÉ ET L'APTITUDE PHYSIQUE OU À FAVORISER UNE SAINE ALIMENTATION DANS VOTRE LIEU DE TRAVAIL? », SELON LA TAILLE DE L'ORGANISATION ET L'INDUSTRIE OU LE SECTEUR, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985 (TRAVAILLEURS SALARIÉS SEULEMENT)**

	Pourcentage de la population qui sait que des programmes existent
TAILLE DE L'ORGANISATION	
Moins de 10 employés	21,7
Entre 10 et 49 employés	28,9
Entre 50 et 100 employés	30,1
Plus de 100 employés	52,0
INDUSTRIE / SECTEUR	
Services commerciaux et divers	71,4
Fabrication de biens non durables	53,4
Services communautaires	53,2
Secteur primaire (à l'exclusion de l'agriculture)	50,3
Fabrication de biens durables	42,7
Transports / communications / services publics	34,4
Finances / assurances / immobilier	32,4
Bâtiment	25,8
Administration publique	24,2
Commerce de détail	21,4
Agriculture	19,5
Commerce de gros	18,3

Analyse

Le nombre de lieux de travail canadiens qui offrent des programmes de promotion de la santé est apparemment élevé, puisque 41 % des travailleurs canadiens sont au courant de telles initiatives. Il semble toutefois que d'autres travailleurs ignorent l'existence des programmes de promotion de la santé offerts. Il se peut que bon nombre de ces activités soient des initiatives isolées plutôt que des programmes proprement dits. Pourtant, d'après les données, bon nombre d'employeurs canadiens sont disposés à offrir des activités en promotion de la santé à leurs employés.

Le fait que les employés soient au courant de ces programmes ne signifie pas forcément qu'ils y participent. Cependant, l'important c'est qu'il en existe. Ce qu'on pourrait concevoir comme une amélioration, ce serait l'existence d'un vaste éventail de programmes adaptés aux besoins réels et perçus des employés.

Pourtant, l'accès aux programmes de promotion de la santé est loin d'être équitable, du moins dans la mesure où on l'apprécie en fonction du degré de sensibilisation des travailleurs à ces programmes. Il semble plutôt que les employés de niveau supérieur y ont davantage accès que les autres. Les travailleurs pauvres, les personnes peu instruites et celles dont la langue première n'est pas l'anglais sont moins au courant de l'existence de ces programmes.

On observe également des différences importantes, selon le type et la taille de l'entreprise, entre le degré de sensibilisation des répondants aux programmes de promotion de la santé et, par extension, leur accès à ces programmes. Lorsqu'ils sont réunis, ces résultats laissent supposer qu'il peut y avoir des différences et inégalités importantes pour ce qui est de l'accès des travailleurs aux programmes de promotion de la santé en milieu de travail.

Pour les professionnels de la promotion de la santé, ces résultats soulignent la nécessité de procéder lentement, soigneusement et sérieusement à la conception d'initiatives de promotion de la santé dans le lieu de travail. Tout d'abord, les responsables doivent éviter d'établir des programmes de promotion de la santé qui se recoupent. Comme les ressources en promotion de la santé sont extrêmement rares, il faudrait voir à ce que les nouveaux programmes ne fassent pas double emploi avec les programmes existants mais qu'ils en soient plutôt un complément et un prolongement. Deuxièmement, il faudrait concevoir les programmes soigneusement de telle sorte que les employés de niveau inférieur, notamment les travailleurs pauvres, aient également accès aux initiatives de promotion de la santé. Enfin, ces données mettent en évidence des inégalités importantes en ce qui concerne l'accès aux programmes de promotion de la santé ainsi que les obstacles institutionnels, organisationnels, personnels et sociaux à surmonter si l'on veut assurer à tous les travailleurs canadiens l'égalité d'accès aux initiatives de promotion de la santé et, par extension, l'accès à la santé. D'autres analyses permettront sans doute de mieux comprendre les autres facteurs qui entraînent ces inégalités.

Connaissance de renseignements sur la santé dans le lieu de travail

On a demandé aux répondants s'ils avaient vu ou reçu des renseignements sur des sujets de santé dans leur lieu de travail dans l'année qui venait de s'écouler (p. ex., des affiches, des tableaux d'affichage, des dépliants, etc.) (Q. 100). Quarante-sept pour cent des travailleurs canadiens indiquent qu'ils ont été exposés à des renseignements de cette nature dans leur lieu de travail.

Variations selon les groupes de répondants

On a observé très peu de différences, selon l'âge et le sexe, dans le degré de sensibilisation des répondants aux renseignements en matière de promotion de la santé, bien que les jeunes répondants (âgés de 15 à 24 ans) soient généralement moins renseignés (tableau 7).

Les taux les plus élevés ont été signalés en Colombie-Britannique (51 %), au Yukon (50 %) et au Manitoba (50 %), et les taux les plus bas, à Terre-Neuve (33 %) (tableau 8). Les anglophones sont ceux qui sont le plus au courant (49 %), suivis des francophones (43 %) (tableau 9).

La connaissance des initiatives de promotion de la santé varie directement avec le revenu. Soixante-trois pour cent des Canadiens appartenant au quintile de revenu supérieur ont signalé être au courant de l'information sur la santé, comparativement à 21 % de ceux du quintile inférieur. Les titulaires de diplômes universitaires sont un peu mieux renseignés (56 %) que les répondants qui ont terminé des études secondaires tout au plus (53 %). Les cadres et les professionnels sont plus susceptibles d'être exposés à des renseignements sur la promotion de la santé (61 %) que les autres cols blancs (37 %) ou les cols bleus (45 %) (tableau 9).

Industrie et taille de l'organisation

Ceux qui sont le plus exposés aux renseignements sur la santé sont les Canadiens qui travaillent dans les secteurs des services commerciaux (80 %) et des services communautaires (63 %); ceux qui y sont le moins sont les travailleurs des secteurs du commerce de détail (20 %) et de l'administration publique (23 %) (tableau F).

Soixante et un pour cent des employés d'entreprises qui comptent 100 travailleurs ou plus reçoivent des renseignements sur la santé dans leur lieu de travail, tandis que la proportion est de 24 % pour les employés d'entreprises de 10 travailleurs ou moins (tableau 10).

Analyse

Près d'un employé sur deux a reçu des renseignements sur la promotion de la santé au travail, ce qui constitue un très bon indice de l'ampleur des initiatives de promotion de la santé dans les lieux de travail canadiens. Cependant, on note une fois de plus qu'il existe des inégalités importantes pour ce qui est de l'accès à ces renseignements. Les Canadiens qui touchent un revenu faible, ceux qui sont peu instruits, les employés

dont la langue première n'est ni l'anglais ni le français et ceux qui occupent un poste de niveau subalterne sont ceux qui sont le moins susceptibles de recevoir des renseignements de cette nature. On observe également des différences considérables selon l'industrie et la taille de l'organisation pour ce qui est de l'accès à ce type d'information.

TABLEAU F : « AU COURS DE LA DERNIÈRE ANNÉE, AVEZ-VOUS VU OU REÇU DES RENSEIGNEMENTS+ SUR LES SUJETS RELATIFS À LA SANTÉ DANS VOTRE LIEU DE TRAVAIL? », SELON LA TAILLE DE L'ORGANISATION ET L'INDUSTRIE OU LE SECTEUR, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985 (TRAVAILLEURS SALARIÉS SEULEMENT)

	Pourcentage de la population qui a vu ou reçu des renseignements
TAILLE DE L'ORGANISATION	
Moins de 10 employés	24,3
Entre 10 et 49 employés	30,0
Entre 50 et 100 employés	43,9
Plus de 100 employés	60,5
INDUSTRIE / SECTEUR	
Services commerciaux et divers	79,6
Services communautaires	63,4
Fabrication de biens durables	56,7
Secteur primaire (à l'exclusion de l'agriculture)	54,4
Fabrication de biens non durables	47,7
Finances / assurances / immobilier	36,1
Transports / communications / services publics	33,0
Agriculture	28,4
Bâtiment	26,5
Commerce de gros	26,0
Administration publique	22,9
Commerce de détail	20,2

+ p.ex., des affiches, des tableaux d'affichage, des dépliants

Ces résultats confirment des tendances signalées dans les sections précédentes du présent chapitre, à savoir, les programmes de promotion de la santé sont offerts à un grand nombre de travailleurs canadiens dans leur lieu de travail, mais l'accès à ces programmes est loin d'être équitable. On observe que les employés de niveau supérieur y ont davantage accès que les employés de niveau inférieur, surtout les travailleurs pauvres. On note également qu'en ce qui concerne l'accès à l'information sur la santé dans le lieu de travail, certaines industries accusent un retard important par rapport aux autres.

Valeur de l'information

On a demandé aux répondants qui ont vu ou reçu des renseignements sur la santé dans leur lieu de travail (Q. 100) si l'information fournie leur paraissait utile (Q. 101). Soixante-huit pour cent ont répondu par l'affirmative.

Variations selon les groupes de répondants

Pour ce qui est de l'utilité perçue des renseignements, on observe peu de différences selon l'âge et le sexe. Les femmes (81 %) considèrent généralement cette information plus utile que les hommes (76 %) (tableau 7) et l'on observe le même phénomène chez les francophones (89 %) par rapport aux anglophones (78 %) (tableau 9).

En outre, on n'observe pas de différences importantes à cet égard selon le niveau socio-économique. Quel que soit leur niveau de revenu, leur scolarité ou leur catégorie professionnelle, au moins 75 % des travailleurs estiment que les renseignements sont utiles (tableau 9).

Analyse

Les employés s'intéressent vivement aux renseignements qu'ils reçoivent sur la promotion de la santé au travail. Ceci étant dit, il semble que l'obstacle le plus important à l'établissement de programmes de promotion de la santé en milieu de travail soit l'accès au lieu de travail, étant donné que la réaction des employés à l'égard de ces programmes est très favorable.

L'usage du tabac dans le lieu de travail

Une des questions relativement récentes dans le domaine de la santé au travail est celle des lieux de travail exempts de fumée de tabac. Cette question revêt beaucoup d'intérêt puisqu'elle relève à la fois de la sécurité au travail et de la promotion de la santé.

Demandes de restrictions en ce qui concerne l'usage du tabac

Soixante-trois pour cent des travailleurs canadiens ne fument pas (chapitre 3). Une très forte proportion de travailleurs canadiens (80 %), dont une majorité de fumeurs (83 %) et de non-fumeurs (78 %), estiment qu'il faudrait « fournir aux non-fumeurs un endroit exempt de fumée de tabac là où ils travaillent » (Q. 31). Quinze pour cent ne sont pas d'accord avec cet énoncé, tandis que 5 % n'ont exprimé aucune opinion à ce sujet (données non indiquées).

Environ deux travailleurs canadiens sur trois (66 %) indiquent qu'ils sont « incommodés par la fumée provenant des cigarettes que d'autres fument en leur présence », et 40 % ont demandé à quelqu'un de s'abstenir de fumer (Q. 33 et 34), dont 11 % qui ont demandé à quelqu'un de ne pas fumer en leur présence au travail.

Pour leur part, 48 % des travailleurs canadiens qui fument se sont fait demander de ne pas fumer, dont 14 % qui se sont fait prier de ne pas le faire au travail (données non indiquées dans ce chapitre).

Existence de lieux de travail exempts de fumée de tabac

Un Canadien sur deux travaille dans un endroit où il n'existe aucune restriction quant à l'usage du tabac. Bien que 41 % travaillent dans un lieu où l'usage du

tabac est restreint à « certains endroits », seulement 7 % travaillent dans des locaux où l'usage du tabac est interdit (tableau 10).

Les restrictions concernant l'usage du tabac dans le lieu de travail varient selon la province, l'industrie et la taille de l'entreprise. C'est en Colombie-Britannique (10 %), en Alberta (10 %) et au Québec (9 %) que la proportion de la population active travaillant dans des locaux exempts de fumée de tabac est la plus élevée tandis que la proportion est la plus faible à Terre-Neuve et à l'Île-du-Prince-Édouard (tableau 10).

Les secteurs dans lesquels l'usage du tabac est le plus souvent interdit ou partiellement restreint sont ceux de la fabrication des biens non durables (78 %) et des services commerciaux (78 %). Ces mesures sont le moins courantes dans le secteur du bâtiment (19 %). Les grandes entreprises sont plus susceptibles que les petites entreprises de restreindre partiellement ou d'interdire l'usage du tabac dans les lieux de travail : 57 % de l'effectif d'entreprises qui comptent 100 employés ou plus travaille dans des locaux où l'usage du tabac est interdit ou partiellement restreint. Cependant, les grandes entreprises sont celles qui sont le moins susceptibles d'interdire l'usage du tabac dans les locaux de travail. Cinq pour cent seulement de l'effectif des grandes entreprises travaille dans des endroits entièrement exempts de fumée de tabac (tableau 11).

Analyse

La demande de lieux de travail exempts de fumée de tabac est remarquablement élevée, ce qui dénote que les fumeurs aussi bien que les non-fumeurs appuient fortement une telle mesure. Cependant, le nombre de lieux de travail exempts de fumée de tabac est nettement insuffisant; seulement 7 % des Canadiens travaillent dans des endroits où l'usage du tabac est interdit.

Quarante et un pour cent des Canadiens adultes travaillent dans des endroits où l'usage du tabac est restreint. Toutefois, le degré de restriction peut varier considérablement et ne pas satisfaire aux exigences des travailleurs en ce qui concerne la pureté de l'air.

Une fois de plus, la coordination et la collaboration entre secteurs est indiquée puisqu'un grand nombre d'organismes outre les groupes d'employeurs et d'employés directement intéressés sont aussi touchés par ces questions. Bien que les progrès soient lents et qu'il y ait des obstacles, les perspectives d'amélioration sont énormes.

Répercussions sur le plan des politiques et de la recherche

Seul un examen superficiel des initiatives de promotion de la santé et de prévention des accidents dans le lieu de travail a pu être effectué dans le cadre de la présente enquête. On peut toutefois relever un certain nombre de questions qui reviennent souvent et qui ont chacune des conséquences importantes pour la planification des programmes de promotion de la santé et pour la recherche dans ce domaine à l'avenir.

1. Beaucoup estiment que l'État devrait accorder de l'importance à la sécurité au travail, surtout les employés dont le milieu de travail est le plus dangereux : les travailleurs pauvres et ceux des secteurs du bâtiment et de la fabrication.
2. Trente-huit pour cent des travailleurs canadiens ne sont pas au courant de l'existence de programmes de prévention des accidents dans leur lieu de travail. Ce sont les femmes, les jeunes et les travailleurs pauvres qui sont le moins bien informés, ce qui semble indiquer que les programmes traditionnels de prévention des accidents ne prévoient peut-être pas encore des mesures visant à répondre aux besoins particuliers de ces groupes.
3. En général, beaucoup sont favorables aux initiatives de promotion de la santé dans le lieu de travail. Les employés de petites entreprises et les travailleurs pauvres le sont beaucoup moins, ce qui laisse supposer que des obstacles considérables empêchent d'offrir des programmes de promotion de la santé à ces groupes.
4. Bon nombre de programmes de promotion de la santé sont offerts dans les lieux de travail, surtout aux cadres et aux membres de grandes organisations. Toutefois, il existe beaucoup moins de programmes à l'intention des travailleurs pauvres et des membres des petites entreprises. Cette situation souligne une fois de plus la nécessité de prévoir des initiatives de promotion de la santé en milieu de travail à l'intention des groupes défavorisés et des mesures novatrices qui permettront de surmonter les obstacles empêchant la mise en oeuvre de nouveaux programmes dans les petites entreprises et dans des secteurs particuliers de l'économie.
5. Lorsqu'ils sont réunis, les résultats semblent indiquer que l'accès aux programmes de promotion de la santé n'est pas le même pour tous les groupes d'employés. On observe en particulier que les travailleurs pauvres, ceux-là mêmes qui ont le plus besoin de ces programmes, sont ceux qui y ont le moins accès.
6. Les résultats semblent indiquer en outre que les petites entreprises et certains secteurs, notamment celui du commerce de gros, du commerce de détail, de l'administration publique et du bâtiment, ont à surmonter les obstacles les plus importants.
7. Les résultats peuvent également jeter un peu de lumière sur le rapport entre le niveau socio-économique et la santé. Les travailleurs pauvres exercent des emplois plus dangereux et pourtant ce sont eux qui sont le moins au courant des programmes de prévention des accidents ou qui y ont le moins accès; ils sont également moins susceptibles de percevoir leur lieu de travail comme un endroit convenable pour les initiatives de promotion de la santé, d'être exposés à des programmes de la

santé et de recevoir des renseignements au sujet de la santé dans leur milieu de travail. Ainsi, le lieu de travail des Canadiens peut influer dans une large mesure sur la santé des employés en exacerbant les inégalités sociales au chapitre de la santé.

8. La demande de lieux de travail exempts de fumée de tabac est extrêmement forte, mais l'offre est faible. On doit forcément s'attendre à ce qu'il y ait des ilôts de résistance. Toutefois, il est probable que leur nombre diminuera si les secteurs collaborent afin de fournir aux travailleurs des lieux de travail exempts de fumée.

Bibliographie

1. **Santé et Bien-être social Canada**. *L'hygiène du travail au Canada : situation actuelle*. Ottawa, juin 1977.

TABLEAU 1 : « QUELLE IMPORTANCE L'ÉTAT DOIT-IL ACCORDER À LA PRÉVENTION DES ACCIDENTS AU TRAVAIL? », SELON L'ÂGE ET LE SEXE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985 (TRAVAILLEURS SALARIÉS SEULEMENT)

	Population (en milliers)	Pas très important (%)	Moyennement important (%)	Très important (%)	Pas de réponse (%)
Nombre total de travailleurs salariés de 15 ans et plus	10 414	6.0	31.1	60.0	2.8
Hommes	6 402	6.9	32.6	57.5	3.0
Femmes	4 012	4.6	28.7	64.1	2.6
ÂGE					
15-24	1 685	3.0*	34.3	62.4	–
H	924	3.2*	31.7	64.8	–
F	761	2.9*	37.4	59.5	–
25-34	3 109	5.0	37.1	54.6	3.3
H	1 945	5.8	41.5	48.4	4.4
F	1 164	3.8*	29.8	65.0	–
35-44	2 601	8.0	32.6	58.2	1.2*
H	1 582	8.3	35.1	54.9	1.7*
F	1 018	7.6	28.8	63.3	–
45-54	1 807	5.9	23.1	65.0	6.2
H	1 089	6.6*	23.5	64.2	5.8*
F	717	4.8*	22.4	66.1	6.7*
55-64	1 029	10.1	21.7	64.3	3.9*
H	711	13.7	23.0	62.2	–
F	318	–	18.6*	69.2	10.0*
65 et plus	184	–	11.9*	82.7	–
H	151	–	–	85.8	–
F	33	–	–	68.2	–

* forte variabilité d'échantillonnage
– ne peuvent être diffusées

TABLEAU 2 : « SAVEZ-VOUS S'IL EXISTE DES PROGRAMMES DE PRÉVENTION DES ACCIDENTS DANS VOTRE LIEU DE TRAVAIL? », SELON L'ÂGE ET LE SEXE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985 (TRAVAILLEURS SALARIÉS SEULEMENT)

	Population (en milliers)	Oui (%)	Non (%)
Nombre total de travailleurs salariés de 15 ans et plus	10 414	56.7	38.0
Hommes	6 402	61.5	34.9
Femmes	4 012	50.9	44.1
ÂGE			
15-24	1 685	47.9	49.3
H	924	53.3	44.8
F	761	41.3	54.8
25-34	3 109	57.9	38.4
H	1 945	59.6	37.1
F	1 164	55.1	40.5
35-44	2 601	58.7	37.6
H	1 582	62.9	34.0
F	1 018	52.1	43.2
45-54	1 807	58.9	35.7
H	1 089	64.4	29.3
F	717	50.5	45.6
55 et plus	1 213	64.9	29.6
H	862	68.4	28.4
F	351	55.8	32.8

TABLEAU 3 : « SAVEZ-VOUS S'IL EXISTE DES PROGRAMMES DE SÉCURITÉ OU DE PRÉVENTION DES ACCIDENTS DANS VOTRE LIEU DE TRAVAIL? », SELON LES CARACTÉRISTIQUES CHOISIES, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985 (TRAVAILLEURS SALARIÉS SEULEMENT)

	Pourcentage de la population qui sait que des programmes existent
Nombre total de travailleurs salariés de 15 ans et plus	57,5
QUINTILE DE REVENU	
Inférieur	37,9
Deuxième	56,3
Troisième	64,9
Quatrième	67,7
Supérieur	62,1
CATÉGORIE D'EMPLOI	
Gestionnaires / professionnels	62,0
Autres cols blancs	46,5
Cols bleus	66,1

	Nombre total de travailleurs salariés (en milliers)	Pourcentage de la population qui sait que des programmes existent
ADMINISTRATION		
Canada	10 414	57,5
Terre-Neuve	183	54,0
Î.-P.-É.	45	52,3
Nouvelle-Écosse	338	49,6
Nouveau-Brunswick	266	54,6
Québec	2 695	58,1
Ontario	3 983	60,2
Manitoba	419	52,9
Saskatchewan	416	50,6
Alberta	983	53,8
C.-B.	1 075	57,5
Yukon	11	50,7

TABLEAU 4 : « PENSEZ-VOUS QUE LE LIEU DE TRAVAIL EST UN ENDROIT APPROPRIÉ POUR PROMOUVOIR LES BONNES HABITUDES DE SANTÉ? » ET « SAVEZ-VOUS S'IL EXISTE DES PROGRAMMES VISANT À AMÉLIORER LA SANTÉ ET L'APTITUDE PHYSIQUE OU À FAVORISER UNE SAINE ALIMENTATION DANS VOTRE LIEU DE TRAVAIL? », SELON L'ÂGE ET LE SEXE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985 (TRAVAILLEURS SALARIÉS SEULEMENT)

	Population (en milliers)	% de la population qui estime que le lieu de travail est un endroit approprié	% de la population qui sait que des programmes existent
Nombre total de travailleurs salariés de 15 ans et plus	10 414	68,7	40,5
Hommes	6 402	67,4	40,6
Femmes	4 012	70,9	40,4
ÂGE			
15-24	1 685	64,2	34,7
H	924	60,6	36,9
F	761	68,5	32,1
25-34	3 109	67,5	42,9
H	1 945	63,7	41,8
F	1 164	74,0	44,8
35-44	2 601	68,8	43,5
H	1 582	68,1	43,6
F	1 018	69,9	43,2
45-54	1 807	73,0	37,2
H	1 089	74,6	35,1
F	717	70,6	40,4
55 et plus	1 213	71,6	41,1
H	862	72,6	43,3
F	351	69,2	35,9

TABLEAU 5 : « PENSEZ-VOUS QUE LE LIEU DE TRAVAIL EST UN ENDROIT APPROPRIÉ POUR PROMOUVOIR LES BONNES HABITUDES DE SANTÉ? » ET « SAVEZ-VOUS S'IL EXISTE DES PROGRAMMES VISANT À AMÉLIORER LA SANTÉ ET L'APTITUDE PHYSIQUE OU À FAVORISER UNE SAINE ALIMENTATION DANS VOTRE LIEU DE TRAVAIL? », PAR PROVINCE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985 (TRAVAILLEURS SALARIÉS SEULEMENT)

	Population (en milliers)	% de la population qui estime que le lieu de travail est un endroit approprié	% de la population qui sait que des programmes existent
Canada	10 414	68,7	40,5
Terre-Neuve	183	59,5	37,0
Î.-P.-É.	45	68,3	42,8
Nouvelle-Écosse	338	70,5	46,9
Nouveau-Brunswick	266	60,5	40,4
Québec	2 695	74,7	33,9
Ontario	3 983	66,7	43,1
Manitoba	419	71,0	41,4
Saskatchewan	416	71,2	31,3
Alberta	983	63,2	41,2
C.-B.	1 075	67,7	48,5
Yukon	11	69,4	51,2

TABLEAU 6 : « PENSEZ-VOUS QUE LE LIEU DE TRAVAIL EST UN ENDROIT APPROPRIÉ POUR PROMOUVOIR LES BONNES HABITUDES DE SANTÉ? » ET « SAVEZ-VOUS S'IL EXISTE DES PROGRAMMES VISANT À AMÉLIORER LA SANTÉ ET L'APTITUDE PHYSIQUE OU À FAVORISER UNE SAINE ALIMENTATION DANS VOTRE LIEU DE TRAVAIL? », SELON LES CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION CHOISIES, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985 (TRAVAILLEURS SALARIÉS SEULEMENT)

	% de la population qui estime que le lieu de travail est un endroit approprié	% de la population qui sait que des programmes existent
Nombre total de travailleurs salariés de 15 ans et plus	68,7	40,5
LANGUE		
Anglais	69,0	43,7
Français	71,7	34,8
Autre	54,5	30,0
CATÉGORIE D'EMPLOI		
Gestionnaires / professionnels	74,9	55,2
Autres cols blancs	67,3	33,4
Cols bleus	65,0	34,8
QUINTILE DE REVENU		
Inférieur	65,1	26,0
Deuxième	68,4	33,6
Troisième	71,3	43,7
Quatrième	74,4	47,9
Supérieur	73,1	56,6
NIVEAU D'INSTRUCTION		
Études primaires et quelques années d'études secondaires	65,3	35,2
Études secondaires	65,7	39,2
Études post-secondaires	76,9	51,6

TABLEAU 7 : « AU COURS DE LA DERNIÈRE ANNÉE, AVEZ-VOUS VU OU REÇU DES RENSEIGNEMENTS* SUR LES SUJETS RELATIFS À LA SANTÉ DANS VOTRE LIEU DE TRAVAIL? » SI OUI, « L'INFORMATION FOURNIE VOUS PARAÎT-ELLE UTILE? », SELON L'ÂGE ET LE SEXE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985 (TRAVAILLEURS SALARIÉS SEULEMENT)

	Population (en milliers)	% de la population qui a reçu des renseignements	% de la population qui estime que ces renseignements sont utiles
Nombre total de travailleurs salariés de 15 ans et plus	10 414	46,7	78,1
Hommes	6 402	47,4	76,2
Femmes	4 012	45,7	81,2
ÂGE			
15-24	1 685	32,2	80,0
H	924	34,7	80,4
F	761	29,2	79,0
25-34	3 109	50,5	76,4
H	1 945	47,4	73,1
F	1 164	55,7	80,8
35-44	2 601	49,9	78,2
H	1 582	50,3	75,4
F	1 019	49,3	82,7
45-54	1 807	48,7	79,9
H	1 089	52,2	76,5
F	718	43,5	86,0
55 et plus	1 213	47,5	78,4
H	862	49,7	80,9
F	351	42,5	72,3

* p.ex., des affiches, des tableaux d'affichage, des dépliants

TABLEAU 8 : « AU COURS DE LA DERNIÈRE ANNÉE, AVEZ-VOUS VU OU REÇU DES RENSEIGNEMENTS* SUR LES SUJETS RELATIFS À LA SANTÉ DANS VOTRE LIEU DE TRAVAIL? » SI OUI, « L'INFORMATION FOURNIE VOUS PARAÎT-ELLE UTILE? », PAR PROVINCE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985 (TRAVAILLEURS SALARIÉS SEULEMENT)

	Population (en milliers)	% de la population qui a reçu des renseignements	% de la population qui estime que ces renseignements sont utiles
Canada	10 414	46,7	78,1
Terre-Neuve	183	32,8	88,5
Î.-P.-É.	45	43,2	76,1
Nouvelle-Écosse	338	42,6	82,1
Nouveau-Brunswick	266	41,1	82,0
Québec	2 695	44,8	88,6
Ontario	3 983	49,0	71,5
Manitoba	419	50,0	75,8
Saskatchewan	416	43,0	79,1
Alberta	983	44,2	77,6
C.-B.	1 075	50,9	77,0
Yukon	11	49,9	80,0

* p.ex., des affiches, des tableaux d'affichage, des dépliants

TABLEAU 9 : « AU COURS DE LA DERNIÈRE ANNÉE, AVEZ-VOUS VU OU REÇU DES RENSEIGNEMENTS+ SUR LES SUJETS RELATIFS À LA SANTÉ DANS VOTRE LIEU DE TRAVAIL? » SI OUI, « L'INFORMATION FOURNIE VOUS PARAÎT-ELLE UTILE? », SELON LES CARACTÉRISTIQUES DE LA POPULATION, PERSONNES AGÉES DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985 (TRAVAILLEURS SALARIÉS SEULEMENT)

	% de la population qui a reçu des renseignements	% de la population qui estime que ces renseignements sont utiles
Nombre total de travailleurs salariés de 15 ans et plus	46,7	78,1
QUINTILE DE REVENU		
Inférieur	20,9	76,6
Deuxième	41,8	81,3
Troisième	56,4	79,3
Quatrième	56,3	78,7
Supérieur	62,7	79,8
NIVEAU D'INSTRUCTION		
Études primaires et quelques années d'études secondaires	53,0	77,0
Études secondaires	48,9	79,3
Études post-secondaires	56,2	79,4
LANGUE		
Anglais	48,9	74,7
Français	43,4	88,6
Autre	37,9	78,9
CATÉGORIE D'EMPLOI		
Gestionnaires / professionnels	60,6	82,3
Autres cols blancs	36,7	75,3
Cols bleus	45,3	76,4

+ p.ex., des affiches, des tableaux d'affichage, des dépliants

TABLEAU 10 : « EST-IL INTERDIT DE FUMER DANS VOTRE LIEU DE TRAVAIL. . . », PAR PROVINCE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985 (TRAVAILLEURS SALARIÉS SEULEMENT)

	Population (en milliers)	USAGE DU TABAC		
		Interdit partout (%)	Interdit dans certains endroits (%)	N'est interdit nulle part (%)
Canada	10 414	7,1	40,6	50,1
Terre-Neuve	183	–	41,8	50,5
Î.-P.-É.	45	3,9*	35,7	57,6
Nouvelle-Écosse	338	5,2*	41,7	51,4
Nouveau-Brunswick	266	6,2*	40,2	48,1
Québec	2 695	8,7*	33,4	56,5
Ontario	3 983	5,1*	44,5	47,4
Manitoba	419	6,7*	49,7	42,6
Saskatchewan	416	6,1*	38,9	52,4
Alberta	983	9,6	39,3	50,3
C.-B.	1 075	10,0*	42,5	45,8
Yukon	11	6,2*	29,7	60,6

* forte variabilité d'échantillonnage
– ne peuvent être diffusées

TABLEAU 11 : « EST-IL INTERDIT DE FUMER DANS VOTRE LIEU DE TRAVAIL. . . », SELON L'INDUSTRIE ET LA TAILLE DE L'ORGANISATION, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985 (TRAVAILLEURS SALARIÉS SEULEMENT)

	USAGE DU TABAC		
	Interdit partout (%)	Interdit dans certains endroits (%)	N'est interdit nulle part (%)
Nombre total de travailleurs salariés de 15 ans et plus	7,1*	40,6	50,1
TAILLE DE L'ORGANISATION			
Moins de 10 employés	10,9	16,1	67,8
Entre 10 et 49 employés	8,1*	33,1	57,6
Entre 50 et 100 employés	13,3	36,2	48,6
Plus de 100 employés	4,6*	52,8	42,1
INDUSTRIE / SECTEUR			
Bâtiment	5,6*	12,9	80,6
Secteur primaire (à l'exclusion de l'agriculture)	–	29,2	65,8
Agriculture	7,4*	20,0	65,0
Finances / assurances / immobilier	5,3*	29,0	64,4
Administration publique	8,0*	22,6	63,5
Services communautaires	4,2*	33,6	61,6
Transports / communications / services publics	8,7*	33,1	57,0
Commerce de détail	8,3*	40,3	51,1
Fabrication de biens durables	7,2*	38,6	44,8
Commerce de gros	18,3	46,8	43,1
Services commerciaux et divers	9,9*	68,3	21,4
Fabrication de biens non durables	11,5	66,6	18,6

* forte variabilité d'échantillonnage
– ne peuvent être diffusées

Partie

Cette partie traite de l'apport et de la dépense d'énergie, phénomènes qui ont des répercussions très profondes sur la santé. Bien qu'il soit impossible de formuler des conclusions ici au sujet de l'équilibre énergétique, c'est la première fois au Canada qu'une grande enquête nationale traite en profondeur de l'alimentation et de l'exercice. L'Enquête Nutrition Canada a permis de recueillir des données très détaillées sur l'alimentation, tandis que l'Enquête Condition physique Canada a fourni des renseignements exhaustifs sur l'activité physique. Plutôt que de répéter ces initiatives ambitieuses, on n'a recueilli dans l'EPS que des renseignements de base sur les pratiques, que l'on a complétés par des questions sur les croyances, les attitudes et les connaissances concernant l'alimentation et l'exercice. D'après les constatations, il est clair que bon nombre de Canadiens accordent beaucoup d'importance à ces deux domaines.

Le chapitre de Heather Nielsen sur l'alimentation fournit une mise à jour sur les habitudes alimentaires au petit déjeuner et les rapports poids / taille. Un nouveau sujet important est le poids désirable, sujet qui a des répercussions en ce qui concerne l'éducation en matière de nutrition. Des renseignements utiles sont également fournis au sujet des croyances et des attitudes.

Dans son chapitre sur l'exercice, Thomas Stephens signale les chiffres les plus récents sur la fréquence de l'exercice et établit un rapport entre le niveau d'activité et l'état de santé. On peut déduire les connaissances en ce qui concerne les bienfaits que procure l'activité physique en comparant le niveau réel d'activité des répondants à ce qu'ils considèrent un niveau suffisant d'exercice. Dans ce chapitre, on tire également d'importantes conclusions pour ce qui est de la promotion de la santé.

11

L'alimentation

Heather Nielsen
Direction de la promotion de la santé
Santé et Bien-être social Canada

Remerciements : Ce chapitre était préparé en collaboration avec Andres Petrasovits, Santé et Bien-être social Canada, et révisé par Nancy Schwartz, *School of Family and Nutritional Science, University of British Columbia.*

Points saillants

- Prendre le petit déjeuner est une habitude courante, mais les aliments consommés varient.
  - Dix-huit pour cent des Canadiens indiquent qu'ils ne prennent jamais de petit déjeuner ou qu'ils ne boivent que du thé ou du café.
  - Le pain et les céréales sont les aliments consommés le plus souvent tous les jours, tandis que les oeufs et la viande sont consommés moins souvent.
- Bon nombre de Canadiens sont préoccupés par leur poids.
  - Un peu plus de la moitié des Canadiens indiquent un poids par rapport à leur taille qui les place dans la catégorie « bon poids pour la plupart des gens ». Environ 15 % sont trop maigres et les autres 30 % sont dans des catégories qui représentent des risques croissants pour la santé.
  - Les femmes, et surtout les jeunes femmes, se trouvent généralement dans la catégorie des poids les plus bas, tandis que les hommes, et surtout les hommes d'un certain âge, se trouvent le plus souvent dans la catégorie des poids les plus élevés.
  - Plus de 50 % des Canadiens veulent modifier leur poids, principalement en perdant du poids. Environ 70 % des femmes qui se trouvent à un « bon poids pour leur taille » veulent perdre du poids, et il en est de même de 23 % des femmes qui se trouvent dans la catégorie des poids les plus bas.
  - Pour 10 % des Canadiens, perdre du poids est la mesure la plus importante qu'ils puissent prendre dans l'avenir pour améliorer leur santé.
  - Environ 21 % de tous les Canadiens et 30 % des fumeurs sont d'accord avec l'énoncé suivant : « fumer aide à rester mince ». Plus le rapport poids / taille est bas, plus les fumeurs, et particulièrement les hommes, sont d'accord avec cet énoncé.
- Plus de 66 % des Canadiens adultes croient qu'ils peuvent améliorer leur santé en modifiant leurs habitudes alimentaires.
  - Treize pour cent déclarent avoir l'intention d'améliorer leurs habitudes alimentaires au cours de l'année suivant l'enquête. Environ 12 % croient que l'amélioration de leurs habitudes alimentaires est la mesure la plus importante qu'ils ont prise au cours de l'année avant l'enquête.
  - Parmi les 8 % qui veulent améliorer leurs habitudes alimentaires, environ 62 % disent qu'il y a des obstacles à surmonter, l'obstacle le plus courant étant le manque de temps et d'énergie.
- La plupart des Canadiens croient qu'ils devraient limiter ou éviter certains aliments et manger davantage d'autres aliments pour protéger leur santé.
  - Les aliments à éviter sont surtout les aliments riches en matières grasses (35 %), en cholestérol (27 %), et en sucre (24 %).
  - On reconnaît que les fruits et les légumes sont des aliments qu'il faut manger plus souvent pour rester en bonne santé.
- On estime que le gouvernement devrait jouer un rôle en ce qui concerne l'alimentation des Canadiens.
  - Environ 40 % des Canadiens estiment qu'il est très important que l'État s'occupe de l'alimentation. Ce sentiment est plus répandu chez les femmes que chez les hommes.
  - Plus de 50 % de ceux qui désirent plus d'information sur des sujets qui ont trait à la santé choisissent celui de l'alimentation.

Méthodes

Les données sur les habitudes alimentaires, les croyances et les attitudes relatives à l'alimentation signalées dans ce chapitre se rapportent surtout aux questions 74 à 78, 80 et 81. (Voir le questionnaire à l'annexe B.) Certaines autres questions (p. ex., Q. 4, 7, 79, 99, et 106 à 109) portent sur divers sujets, dont l'alimentation.

Dans bon nombre de ces questions, le terme « habitudes alimentaires » a été utilisé de préférence à « alimentation », car il est plus facilement compris. En outre, c'est aussi un terme plus précis. Il ne faut toutefois pas oublier, lorsqu'on fait des comparaisons entre le Québec et les autres provinces, que le terme français « habitudes alimentaires » peut ne pas être compris de la même façon que son équivalent anglais « eating habits ».

La catégorie « je l'ignore » ou « pas de réponse » est exclue des tableaux dans ce chapitre. Pour la plupart des questions, cela ne représente que 1 % des répondants et a peu d'incidence sur les résultats.

Un autre facteur à ne pas oublier lorsqu'on prend connaissance des résultats c'est qu'ils ne sont pas normalisés pour les caractéristiques telles que l'âge, le sexe, et la situation socio-économique. Ainsi, les comparaisons entre les provinces ne tiennent pas compte du fait que la répartition de la population selon l'âge et le niveau d'instruction, par exemple, varie d'une province à l'autre. Cette absence de normalisation pourrait atténuer certaines des différences entre les groupes signalées dans ce chapitre, mais dans la plupart des cas, l'impact est probablement négligeable. Ce sujet est traité plus à fond à l'annexe A.

Comme il arrive souvent dans les enquêtes, les questions qui ont trait à l'alimentation donnent peut-être lieu à certaines erreurs. En particulier, on peut s'attendre à ce que le poids signalé soit inférieur au poids réel dans bien des cas, ce qui fausserait le calcul des rapports poids / taille. Dans cette enquête, l'absence de questions précises sur les types d'aliments consommés est due au fait que l'on peut s'attendre à un nombre considérable d'erreurs de rappel lorsqu'on ne pose pas de nombreuses questions détaillées. Néanmoins, la question sur les habitudes alimentaires au petit déjeuner a été utilisée auparavant et permet de faire des comparaisons avec des enquêtes précédentes. Il en est de même pour beaucoup d'autres questions sur les croyances et les intentions.

Habitudes alimentaires au petit déjeuner

À la question : « Au cours de la semaine dernière, combien de fois (nombre de jours) avez-vous mangé l'un ou l'autre des aliments suivants pour votre déjeuner (petit déjeuner)? » (Q. 74), la plupart des Canadiens adultes répondent qu'ils prennent généralement un petit déjeuner qui est plus consistant que simplement une tasse de café. Seulement 18 % indiquent qu'ils ne mangent jamais au petit déjeuner ou qu'ils prennent seulement une tasse de thé ou de café (figure A).

Le groupe d'aliments qui est consommé le plus souvent tous les jours (50 %) est le pain et les céréales; les aliments qui sont consommés le moins souvent sont les oeufs ou la viande (9 %). Les fruits ou les jus de fruits et les produits laitiers sont consommés tous les jours par 43 % des Canadiens.

Les Canadiens âgés de plus de 65 ans sont plus nombreux (92 %) à prendre quelque chose au petit déjeuner que ceux qui ont entre 25 et 34 ans (78 %) (tableau 1).

Analyse

« Prendre le petit déjeuner » a été signalé par Berkman et Breslow[1] comme une des sept bonnes habitudes associées à une bonne santé et à la longévité. Bien que l'Enquête Promotion Santé ne permette pas de déterminer facilement la composition exacte du petit déjeuner, elle permet néanmoins de conclure que les aliments qui sont consommés le plus souvent sont le pain et les céréales, auxquels on peut probablement ajouter les fruits ou les jus et (ou) les produits laitiers. Quoi qu'il en soit, plus de 82 % des Canadiens ne se contentent pas d'une tasse de thé ou de café au petit déjeuner.

Les chiffres relevés dans l'Enquête Promotion Santé sont comparables à ceux du *Canadian Eating Habits Trend Analysis Report (1982-1983)*[2]. Dans ce dernier, 15 % des répondants ont déclaré qu'ils ne mangeaient rien au petit déjeuner. On a constaté quelques différences dans les proportions des divers groupes d'aliments consommés, écarts qui sont sans doute attribuables au fait que les méthodes utilisées étaient différentes, mais les tendances étaient généralement compatibles avec celles que l'on a relevées ici. En 1981, 14 % des Canadiens adultes ont déclaré qu'ils ne prenaient rien au petit déjeuner — même pas du café ou du thé[3]. Ces chiffres donnent à entendre que le nombre de personnes qui ont l'habitude de ne rien prendre au petit déjeuner est resté assez stable au Canada au cours des dernières années, en effet, c'est une habitude qu'on retrouve chez environ une personne sur six.

Le poids et la santé

Rapport entre le poids et la taille

Pour évaluer le poids des Canadiens, on a utilisé une norme à laquelle le Comité d'experts des standards pondéraux[4] est à mettre la dernière main. La base de cette norme est l'Indice de masse corporelle (IMC = poids (kg) / taille^2 (m)). Des valeurs limites sont appliquées pour établir des catégories de taille et de poids par rapport à la santé pour les hommes et les femmes âgés de plus de 20 ans. Les catégories sont les suivantes :

- Un IMC de 20 ou moins peut être un indice de problèmes de santé chez certaines personnes (« trop maigre »),
- Un IMC de 20 à 25 est un bon poids pour la plupart des gens (« poids acceptable »),

- Un IMC de 25 à 27 peut entraîner des problèmes de santé chez certaines personnes (« possibilité d'embonpoint »),
- Un IMC de 27 ou plus indique des risques croissants de problèmes de santé (« embonpoint »).

On a demandé aux répondants d'indiquer combien ils pesaient et combien ils mesuraient sans souliers (Q. 13, 14). Un peu plus de la moitié des Canadiens ont un poids par rapport à leur taille qui les place dans la catégorie « poids acceptable ». Environ 15 % font partie de chacune des trois autres catégories (figure B).

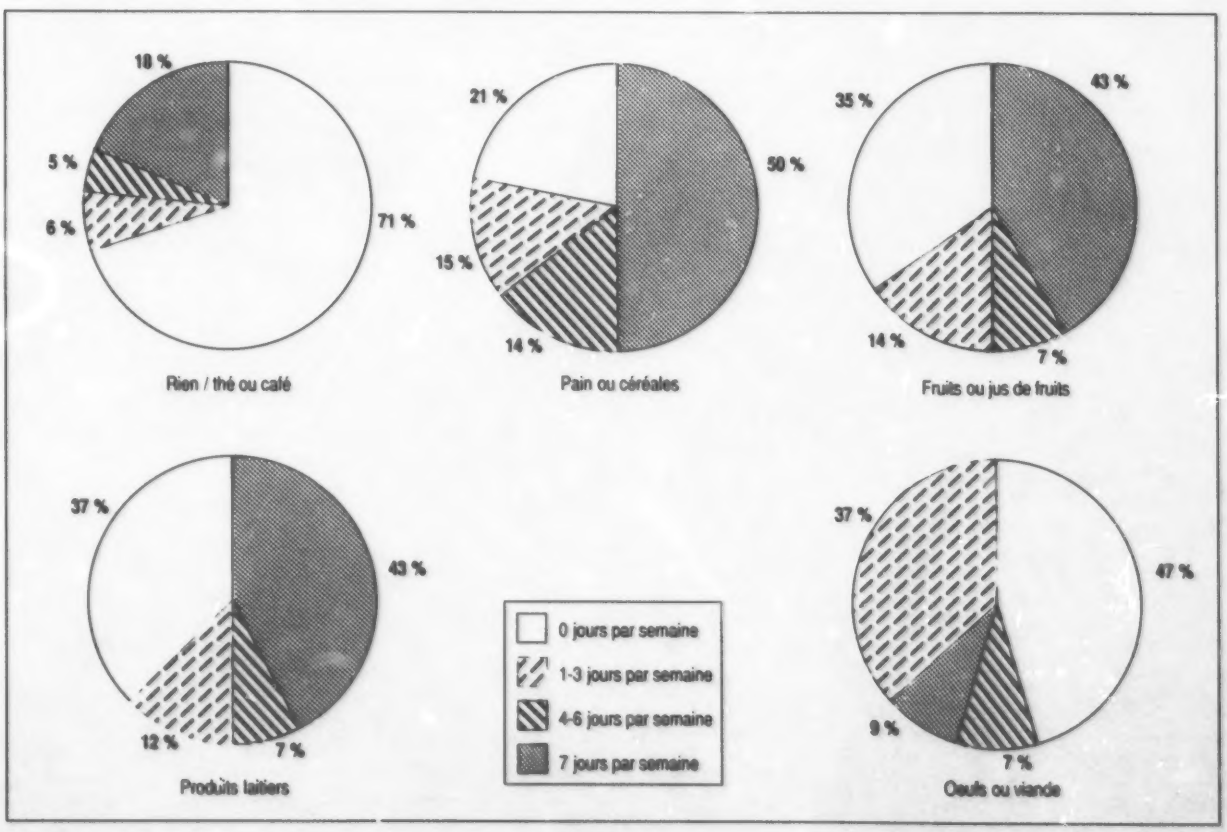
Il y a des différences entre les tendances observées chez les hommes et les femmes. Il y a plus d'hommes (39 %) que de femmes (26 %) dans les catégories « possibilité d'embonpoint » et « embonpoint ». Il y a plus de femmes (22 %) que d'hommes (6 %) dans la catégorie « trop maigre ». Cela vaut pour tous les groupes d'âge (tableau 2).

Trente et un pour cent des hommes dont l'IMC se situe entre 25 et 27 estiment que leur état de santé est excellent (Q. 1) alors que cette proportion est de 19 % chez les hommes qui ont un IMC de 20 ou moins et de 18 % chez ceux dont l'IMC est de 27 ou plus. Par contre, les femmes dans la catégorie « trop maigre » sont plus nombreuses à estimer que leur état de santé est excellent (30 %) que celles dans les catégories « possibilité d'embonpoint » et « embonpoint » (18 %).

Poids désiré

Plus de 50 % des Canadiens âgés de 20 ans ou plus veulent modifier leur poids (tableau 3). Environ 93 % des femmes dans la catégorie « embonpoint » veulent perdre du poids, plus de 9 kilos pour la plupart d'entre elles. Bien que les femmes dans la catégorie « possibilité d'embonpoint » aient moins tendance à vouloir modifier leur poids, environ la moitié d'entre elles veulent néanmoins perdre jusqu'à 4,5 kilos. Même la grande majorité des femmes qui ont un « bon poids par rapport à leur taille » veulent maigrir. Les

FIGURE A : **FRÉQUENCE DE LA CONSOMMATION D'ALIMENTS DE DIVERS GROUPES AU PETIT DÉJEUNER, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985**



hommes ne manifestent pas le même désir de maigrir, et ceux qui se trouvent dans les catégories de poids inférieures veulent prendre du poids.

À la question : « Quelle est la chose la plus importante que vous devriez faire pour améliorer votre santé physique? » (Q. 4), environ 7 % de la population âgée de 15 ans et plus a répondu « maigrir ». Cette réponse se situe au quatrième rang parmi les six réponses possibles (tableau 2, chapitre 15). Environ 4 % des Canadiens indiquent que la chose la plus importante qu'ils ont faite au cours de l'année avant l'enquête pour améliorer leur santé était de maigrir (Q. 106) et 10 % ont l'intention de maigrir durant l'année à venir (Q. 109) (tableau 5, chapitre 15).

La majorité des Canadiens ont une attitude positive à l'égard du contrôle de leur poids, comme en témoignent les réponses à deux énoncés (Q. 80). Seulement 9 % préféreraient faire de l'embonpoint plutôt que se priver de beaucoup des aliments qu'ils aiment, et 7 % croient que « ne pas prendre de petit déjeuner est un moyen efficace pour maintenir son poids ou pour maigrir ». Les femmes et les Canadiens dont le revenu ou le niveau d'instruction est élevé ont les attitudes les plus positives relativement à ces questions (données non indiquées).

Environ 21 % des Canadiens estiment que fumer aide à rester mince. Cette opinion est plus répandue parmi les fumeurs (30 %) que parmi les non-fumeurs (18 %). Plus le rapport poids / taille est faible, plus les fumeurs, et en particulier les hommes, croient que fumer aide à rester mince.

Pour ce qui est des comportements du conjoint (Q. 73), environ 20 % des Canadiens déclarent que leur conjoint mange trop. Cette opinion est deux fois plus répandue chez les femmes (27 %) que chez les hommes (12 %).

Analyse

La validité d'une évaluation personnelle du poids et de la taille a été mise en doute, étant donné que le poids indiqué par les répondants est souvent sous-estimé[5]. Ainsi le pourcentage de la population qui fait de l'embonpoint est moins élevé ici que dans les études où l'on a pu obtenir des mesures exactes, telle que l'Enquête Condition physique Canada[6]. Néanmoins, les tendances observées ici pour l'âge et le sexe correspondent à celles qui ont été relevées pour le Canada, la Grande-Bretagne et les États-Unis[7], et donnent à entendre qu'il existe un « phénomène de survie », car la fréquence de l'embonpoint diminue dans le groupe le plus âgé.

Les résultats semblent indiquer que les Canadiens s'intéressent beaucoup à leur poids. Dans l'Enquête Condition physique Canada[3], 57 % des répondants ont déclaré que maintenir leur poids était très important. Dans la présente étude, environ 50 % des répondants veulent modifier leur poids. Dans un sondage Gallup (1984)[8], plus de la moitié des adultes canadiens considéraient qu'ils faisaient de l'embonpoint et plus de 25 % essayaient de maigrir.

Les raisons principales pour lesquelles les personnes souhaitent modifier leur poids peuvent varier[8] : elles vont de la reconnaissance du risque de contracter certaines maladies (73 %) à un mauvais état de santé (41 %) à des raisons d'esthétique (17 %). Les données actuelles nous portent à croire que l'apparence joue un rôle plus important que la santé dans le désir de maigrir, ou que certains Canadiens ne sont pas bien informés au sujet des niveaux de poids nécessaires pour conserver une bonne santé. Ce serait la seule façon d'expliquer pourquoi les femmes sont plus nombreuses à vouloir maigrir. Même celles dont le rapport poids / taille est soit idéal soit inférieur au rapport idéal veulent maigrir.

Information au sujet de l'alimentation

À la question « Parmi la liste suivante de sujets concernant la santé, sur lequel aimeriez-vous avoir plus d'informations? » (Q. 12), 12 % des Canadiens adultes ont choisi « l'alimentation ». Cela représente plus de la moitié de ceux qui voulaient des informations (tableau 4, chapitre 15). Le besoin d'information est plus fort chez les femmes, les personnes âgées de 15 à 44 ans et les gens qui ont complété au moins leurs études secondaires (tableau 5, chapitre 15). Dans le premier quintile de revenu, il y a une plus grande proportion (58 %) de répondants qui veulent plus de renseignements que dans le cinquième (47 %), et davantage au Québec que dans les autres provinces (données non indiquées).

On a demandé à ceux qui ont indiqué que leur activité principale durant les 12 mois avant l'enquête était « le travail à un emploi ou à une entreprise » s'ils connaissaient des programmes dans leur lieu de travail visant à améliorer la santé et la condition physique ou à favoriser une saine alimentation (Q. 99). Environ 41 % de ce groupe est au courant de l'existence de tels programmes. Les détenteurs de diplômes (52 % contre 29 % des personnes qui n'ont pas terminé leurs études secondaires) et ceux qui ont les revenus les plus élevés (57 % dans le quintile supérieur comparé à 26 % dans le quintile inférieur) sont les mieux informés au sujet de l'existence de ces programmes (données non indiquées).

Analyse

Les Canadiens reçoivent de l'information au sujet de l'alimentation de sources très diverses. L'État peut jouer un rôle très important comme l'indique cette enquête et d'autres études. Dans l'Étude sur les concepts en matière de nutrition[9], environ 70 % des personnes estimaient que l'État devrait fournir des informations au sujet de l'alimentation. Selon une enquête auprès des mères en 1979[10], celles-ci trouvent qu'en général l'État fournit des informations sur l'alimentation avec compétence et impartialité.

Les Canadiens semblent vouloir encore plus de renseignements sur l'alimentation. Cependant, les organismes gouvernementaux et la documentation qu'ils fournissent ne sont souvent pas reconnus comme des sources

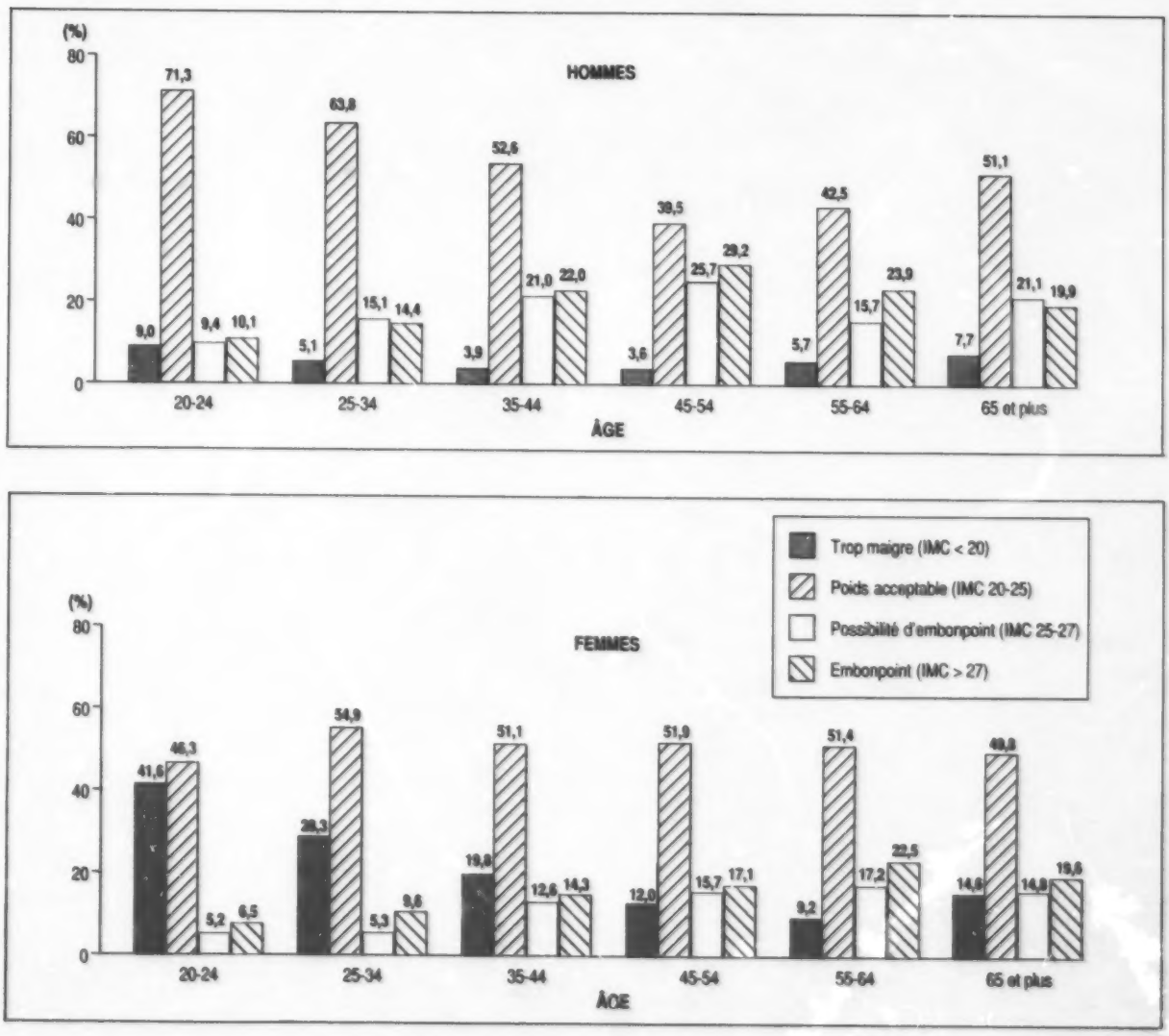
d'information. On cite le plus souvent[9,11] les professionnels (p. ex., les médecins) et des sources telles que les revues et les émissions de télévision. Dans bon nombre de cas, ces sources se fondent principalement sur les informations publiées par le gouvernement.

Attitudes et croyances à l'égard de l'alimentation

Modification des habitudes alimentaires

On a demandé aux répondants : « Croyez-vous que vous pourriez améliorer votre santé en modifiant vos habitudes alimentaires? » (Q. 81). Plus de 66 % ont répondu par l'affirmative.

FIGURE B : **POURCENTAGE DE LA POPULATION DANS CHAQUE CATÉGORIE DE POIDS PAR RAPPORT À LA TAILLE (BASÉ SUR L'INDICE DE MASSE CORPORELLE), SELON L'ÂGE ET LE SEXE, POPULATION DE 20 ANS ET PLUS, CANADA, 1985**



La proportion des gens qui répondent par l'affirmative diminue régulièrement avec l'âge. En outre, cette croyance est plus répandue chez les femmes que chez les hommes et ce, dans la plupart des groupes d'âge (tableau 4).

À la question : « Quelle est la chose la plus importante que vous devriez faire pour améliorer votre santé physique? » (Q. 4), 11 % ont répondu « améliorer mes habitudes alimentaires ». À la question : « Quelle est la chose la plus importante que vous avez faite au cours de la dernière année pour améliorer votre santé? » (Q. 106), 12 % ont déclaré qu'ils avaient amélioré leurs habitudes alimentaires. Environ la même proportion (13 %), ont choisi de meilleures habitudes alimentaires en réponse à la question 109 : « Compte tenu des sujets que nous avons abordés dans le présent questionnaire, y a-t-il d'autre chose que vous avez l'intention de faire pour améliorer votre santé au cours de la prochaine année? » (tableau 4). Les plus jeunes semblent attacher plus d'importance à de meilleures habitudes alimentaires que les personnes des groupes plus âgés; les différences entre les sexes sont négligeables et non constantes.

La proportion de ceux qui indiquent qu'en modifiant leurs habitudes alimentaires ils pourraient améliorer leur santé augmente graduellement de 62 % dans le quintile de revenu inférieur à 76 % dans le quatrième. L'analyse des variables telles que le niveau d'instruction et la province ne révèle pas de différences appréciables dans les rapports entre les habitudes alimentaires et l'amélioration de la santé (données non indiquées).

Parmi les 11 % qui veulent améliorer leur santé en modifiant leurs habitudes alimentaires, environ 62 % disent qu'il existe des obstacles. L'obstacle le plus souvent cité pour 34 % des personnes de ce groupe est le manque de temps et d'énergie (données non indiquées).

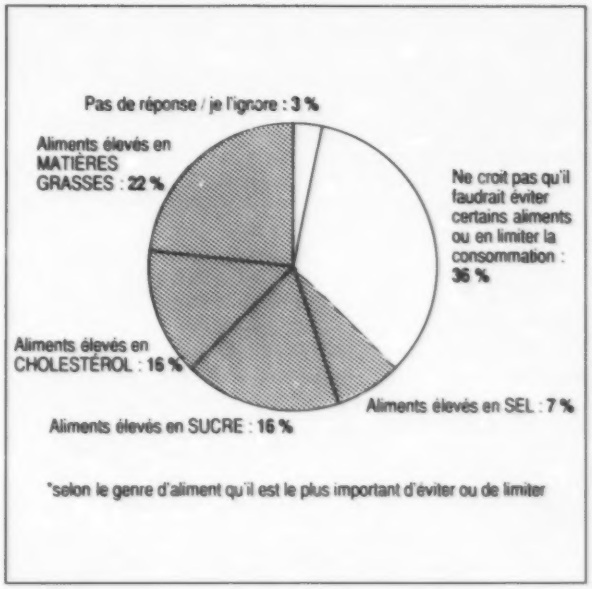
Choix des aliments

On a demandé aux répondants s'ils croyaient qu'ils devraient limiter ou éviter certains aliments pour protéger leur santé (Q. 75). Ceux qui ont répondu par l'affirmative ont été invités à identifier le genre d'aliment qu'il était le plus important de limiter (Q. 76).

La plupart des Canadiens (64 %) croient qu'il y a des aliments qu'ils devraient limiter ou éviter pour protéger leur santé (figure C). Les genres d'aliments qu'il faudrait surtout limiter ou éviter sont les aliments riches en matières grasses, en cholestérol et en sucre. Seulement 4 % des Canadiens adultes croient qu'ils devraient surtout limiter leur consommation de sel.

Les femmes sont plus nombreuses que les hommes (70 % contre 58 %) dans toutes les catégories d'âge à croire qu'il faudrait limiter ou éviter certains aliments pour protéger la santé (tableau 5). À partir de l'âge de 25 ans, les hommes se préoccupent également du cholestérol et des matières grasses, tandis que les femmes, au moins jusqu'à l'âge de 64 ans, tentent d'éviter surtout les matières grasses et le sucre. Les deux sexes et tous les groupes d'âge n'accordent qu'une faible priorité à la réduction de l'apport en sel. Ceux qui sont plus instruits croient plus souvent qu'il faut éviter certains aliments ou en limiter la consommation; en effet 73 % de ceux qui ont fait des études universitaires partagent cette opinion contre 53 % de personnes n'ayant fait que des études primaires (données non indiquées).

FIGURE C : **OPINIONS AU SUJET DES ALIMENTS À ÉVITER OU DONT IL FAUDRAIT LIMITER LA CONSOMMATION POUR PROTÉGER LA SANTÉ*, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985**



On a posé une série de questions similaires au sujet de la consommation accrue de certains aliments (Q. 77, 78). Comme l'indique la figure D, 63 % des Canadiens adultes croient qu'il y a des aliments qu'ils devraient « manger plus souvent pour protéger leur santé ».

Ceux qui sont jeunes croient plus souvent que les personnes plus âgées qu'il faut consommer davantage de certains aliments; en effet 74 % des 15 à 24 ans et 39 % des personnes âgées de 65 ans et plus partagent cette opinion. Les femmes y croient davantage que les hommes, et surtout les jeunes femmes. En outre, cette croyance est plus répandue chez les Canadiens dont les niveaux d'instruction et de revenu sont plus élevés que chez les personnes peu instruites et à faible revenu (données non indiquées).

Parmi ceux qui croient qu'il faut augmenter la consommation de certains aliments, 77 % citent les fruits et les légumes comme les aliments les plus importants. Toutes les autres catégories sont rarement mentionnées (figure D).

FIGURE D : **OPINIONS AU SUJET DES ALIMENTS QU'IL FAUDRAIT MANGER PLUS SOUVENT POUR PROTÉGER LA SANTÉ*, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985**

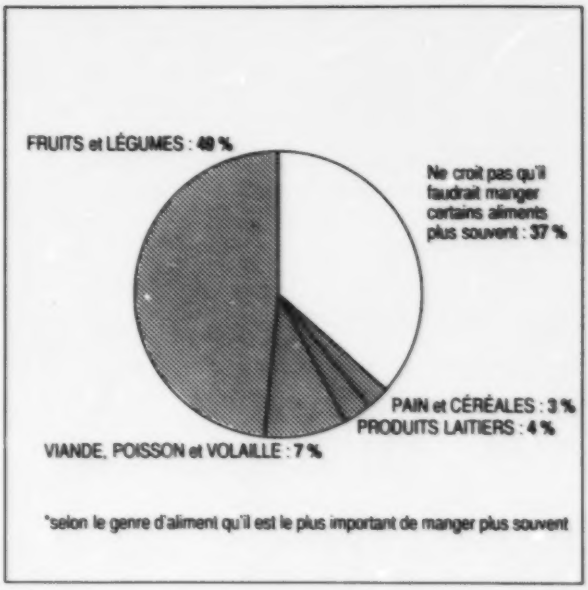
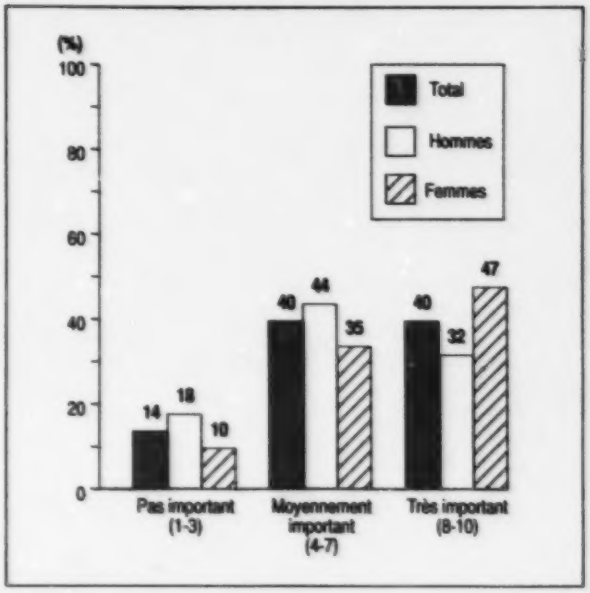


FIGURE E : « **QUELLE IMPORTANCE L'ÉTAT DOIT-IL ACCORDER À L'ALIMENTATION? », SELON LE SEXE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985**



On a demandé aux répondants (Q. 80) s'ils étaient d'accord ou non avec l'énoncé suivant : « Suivre un régime équilibré est un processus long et coûteux. » Un quart des répondants étaient d'accord avec cet énoncé. Le fait d'être d'accord est inversement proportionnel aux niveaux de revenu et d'instruction (données non indiquées).

Importance du rôle de l'État

Environ 40 % des Canadiens estiment qu'il est très important que l'État s'occupe des « habitudes alimentaires » (Q. 79) (figure E). Cette opinion est plus répandue chez les femmes que chez les hommes (47 % contre 32 %) dans tous les groupes d'âge. L'importance est plus faible en Ontario et au Manitoba qu'au Québec (tableau 6, chapitre 15).

Analyse

Beaucoup de Canadiens, mais non tous, comprennent qu'il existe un rapport positif entre la santé et les habitudes alimentaires; en effet, 66 % d'entre eux indiquent qu'ils pourraient améliorer leur santé en modifiant leurs habitudes alimentaires. Cette constatation correspond à celle de l'Enquête Condition physique Canada[3] où 95 % des répondants ont indiqué que manger convenablement était la deuxième mesure la plus importante qu'ils pouvaient prendre pour protéger leur santé. Dans l'Étude sur les concepts en nutrition de 1979[9], 80 % des Canadiens attachaient de l'importance à un régime équilibré.

Seuls 12 à 13 % des Canadiens déclarent qu'améliorer les habitudes alimentaires était la chose la plus importante qu'ils avaient faite au cours de l'année avant l'enquête ou qu'ils avaient l'intention de faire au cours de la prochaine année. Cela ne représente qu'un cinquième de ceux qui croient qu'une bonne alimentation mène à une bonne santé. On peut supposer que la majorité de ces personnes croient qu'elles ont déjà une alimentation équilibrée. Les croyances au sujet d'une saine alimentation ne sont pas toujours reflétées dans les comportements ou même les intentions. Dans l'Étude sur les concepts en nutrition[9], environ 40 % des répondants ont déclaré qu'ils avaient modifié leurs habitudes alimentaires durant l'année écoulée. Cette proportion est similaire à celle que l'on a pu observer pour les hommes dans l'étude menée par les fabricants canadiens de produits alimentaires[10]. Les études portant sur des populations particulières en Ontario, c'est-à-dire sur les hommes travaillant en milieu industriel[12] et les femmes des milieux ruraux et urbains[13], montrent également que des changements positifs sont en train de se produire dans les habitudes alimentaires. Si le nombre de personnes qui modifient leurs habitudes alimentaires semble diminuer en 1985, cela pourrait être dû au fait que l'EPS précisait le changement le plus important apporté au cours de l'année écoulée.

Le fait que les femmes se soucient davantage que les hommes du choix des aliments correspond ou fait qu'en général elles se préoccupent plus des questions relatives à la santé, comme on peut le voir un peu partout

dans ce rapport. L'attention accordée aux matières grasses et au sucre découle du désir de maigrir, déjà signalé dans ce chapitre.

L'opinion que partage 64 % de la population selon laquelle il faudrait limiter ou éviter certains aliments concorde avec les résultats d'autres études[9,10] et les Recommandations alimentaires pour les Canadiens qui préconisent la réduction des calories provenant des matières grasses à 35 % du total des calories ainsi que la réduction au minimum de la consommation de sel et de sucre raffiné. D'autres études[11,14] révèlent que 40 % de l'apport calorique des Canadiens provient des matières grasses.

Des études antérieures ont démontré que la population croit qu'il faut limiter ou éviter certains aliments élevés en matières grasses[9,10,13]. Les résultats de l'EPS donnent à entendre que pour les hommes il est important de limiter les aliments élevés en cholestérol. Cela est encourageant étant donné la fréquence des maladies coronariennes chez les hommes et le rôle que joue le cholestérol dans cette affection. D'autre part, le peu d'intérêt accordé à la consommation de sel indique qu'il est nécessaire d'informer le public au sujet du rapport entre le sel et l'hypertension.

La nécessité d'augmenter la consommation de certains aliments, en particulier les fruits et les légumes, a été observée dans d'autres études[9,10,13]. Selon l'Étude sur les concepts en nutrition, les légumes sont le plus fréquemment associés à un régime équilibré[9]. Il est possible que cela soit dû au fait qu'on souligne surtout la faible teneur en calories et la haute teneur en fibres de ce genre d'aliments. Étant donné que les gens mangent moins de fruits et de légumes qu'ils ne devraient[14], bon nombre de programmes d'information insistent sur ces aliments. Ces résultats semblent indiquer que les efforts de sensibilisation connaissent un certain succès, au moins en ce qui concerne les croyances.

« Les habitudes alimentaires » étaient classées au dernier rang des questions auxquelles l'État devrait s'intéresser. Cela est peut-être dû à la terminologie qu'on a utilisée. On voulait éviter des termes tels que « nutrition » qui sont plus complexes et qui risqueraient d'être mal interprétés. Au Québec, on a attribué nettement plus d'importance à cette question, peut-être parce que le terme « habitudes alimentaires » utilisé dans la version française du questionnaire est plus global que son équivalent anglais « eating habits ».

Répercussions sur le plan des politiques et des programmes

Les Canadiens savent qu'ils devraient modifier leurs comportements, notamment en modifiant leurs habitudes alimentaires et leur choix d'aliments. Cependant, les comportements et les intentions ne reflètent pas toujours les connaissances.

Les programmes visant à promouvoir une bonne alimentation ont toujours été axés dans une grande mesure sur la modification du comportement. Il faut stimuler l'intérêt du public afin de favoriser des efforts collectifs visant des changements environnementaux.

Beaucoup de Canadiens s'intéressent à leur poids. On commence à mettre l'accent sur les personnes qui sont trop maigres dans l'élaboration de normes pondéraux ainsi que dans les statistiques démographiques. Il y a le même nombre de Canadiens aux deux extrêmes. Bien que le degré de risque et les types de problèmes diffèrent, un programme de contrôle du poids doit allier la réduction des risques et la qualité de la vie. En élaborant ces programmes, il importe de reconnaître que des proportions similaires de personnes à tous les niveaux de poids se considèrent « en excellente santé » ou « en très bonne santé ». Comme le démontrent les différences entre les problèmes des jeunes femmes et ceux des hommes d'un certain âge, la segmentation de la population se rapporte beaucoup aux actions. La population a besoin d'être éclairée en ce qui concerne les risques associés au mode de vie, notamment les rapports que l'on fait entre fumer et rester mince.

Pour bon nombre de Canadiens, l'intervention de l'État dans le domaine de l'alimentation est moins importante que le besoin d'obtenir de l'information au sujet de l'alimentation. Il est toutefois très clair que selon la population, le gouvernement est la source la plus fiable pour ce type d'information.

Bibliographie

1. **L.F. Berkman et L. Breslow**. *Health and Ways of Living: The Alameda County Study*. New York, Oxford University Press, 1983

2. **Market Facts of Canada Ltd.** *Canadian Eating Habits Study Trend Analysis*. Toronto, Market Facts of Canada Ltd., 1983.

3. **Enquête Condition physique Canada**. *Condition physique et mode de vie au Canada*. Ottawa, Enquête Condition physique Canada, mai 1983.

4. **Santé et Bien-être social Canada**. Comité d'experts des standards pondéraux. Communication personnelle, 1986.

5. **A.W. Stewart** *et al.* « Underestimation of relative weight by use of self-reported weight ». *American Journal of Epidemiology*, vol. 125 (1987) p. 122-126.

6. **W.J. Millar**. « Population estimates of overweight and hypertension ». *Canadian Journal of Public Health*, vol. 76 (1985), p. 398-403.

7. **W.J. Millar et T. Stephens**. « Overweight and Obesity in Britain, Canada, and the United States ». *American Journal of Public Health*, vol. 77 (1987), p. 38-41.

8. **Santé et Bien-être social Canada**. *Summary of Gallup Poll Study on Behaviour and Attitudes of Canadians with Respect to Weight Consciousness and Weight Control*. Ottawa, Direction de la promotion de la santé, rapport inédit, 1984.

9. **Santé et Bien-être social Canada**. *Rapport de l'étude sur l'évaluation de concepts en matière de nutrition*. Ottawa, Direction de la promotion de la santé, 1979.

10. **Grocery Products Manufacturers of Canada**. *Food and Nutrition: Report on Survey of the Attitudes of Mothers*. Toronto, Grocery Products Manufacturers of Canada, 1979.

11. **A.D. Sullivan et N.E. Schwartz**. « Attitudes, knowledge and practice related to diet and cardiovascular disease ». *Journal of the Canadian Dietetic Association*, vol. 42 (1981), p. 169-177.

12. **J.H. Sabry** *et al*. *Correlates of nutrition awareness of men*. Compte rendu de l'assemblée annuelle de la Society of Prospective Medicine, 1982. Ottawa, Canadian Public Health Association.

13. **D.M. Woolcott**. *Nutrition awareness of rural and urban women*. Guelph, Department of Family Studies, University of Guelph, rapport inédit, 1982.

14. **Santé et Bien-être social Canada**. *Rapport sur les habitudes alimentaires*. Ottawa, Direction générale de la protection de la santé (s.d.).

TABLEAU 1 : **DISTRIBUTION DE LA POPULATION SELON LA CONSOMMATION DE DIVERS ALIMENTS AU PETIT DÉJEUNER, L'ÂGE ET LE SEXE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985**

	Thé / café		Pain / céréales		Fruits / jus de fruits		Lait / produits laitiers		Oeufs / viande	
	A+	B++	A+	B++	A+	B++	A+	B++	A+	B++
Population totale de 15 ans et plus	70.6	17.6	20.9	50.1	35.1	43.2	36.8	43.3	47.0	8.6
Hommes	71.0	17.1	22.0	47.2	36.9	40.3	36.7	42.6	42.9	11.6
Femmes	70.3	18.1	19.7	52.8	33.4	46.0	36.8	44.0	51.1	5.7
ÂGE										
15-24	67.4	17.3	21.7	38.4	34.0	41.4	30.3	48.2	47.0	8.3
H	70.5	14.2	19.9	39.4	32.4	43.5	27.1	53.9	40.3	12.7
F	64.2	20.4	23.7	37.3	35.6	39.3	33.6	42.3	54.0	3.7*
25-34	64.6	22.3	26.5	42.6	41.0	35.1	39.6	38.3	47.7	6.7
H	61.7	23.0	28.2	39.4	42.4	29.7	43.3	33.1	47.5	8.6
F	67.4	21.6	24.8	45.4	39.7	40.3	35.9	43.5	47.9	4.9
35-44	66.7	19.2	23.2	45.5	37.0	39.7	41.4	38.3	44.7	5.6
H	70.8	16.7	22.0	44.9	36.5	39.7	39.1	39.7	39.8	6.6
F	62.5	21.8	24.3	46.1	37.6	39.8	43.7	36.9	46.6	4.5*
45-54	71.1	18.3	18.8	56.0	34.7	43.1	39.8	40.2	42.5	11.6
H	67.7	22.4	25.3	50.1	39.8	37.9	44.1	34.4	40.0	15.9
F	74.4	14.3	12.4	62.1	29.6	48.3	35.4	46.0	45.0	7.2
55-64	76.5	16.6	17.6	64.0	33.7	48.9	37.4	44.9	49.3	9.7
H	77.2	15.8	19.1	60.5	40.1	41.9	38.8	41.2	47.6	11.9
F	75.8	17.3	16.1	67.3	27.8	55.4	36.0	48.4	50.9	7.7
65 et plus	87.1	7.6	10.9	71.6	25.4	61.2	32.8	52.5	51.7	13.1
H	89.4	6.4*	12.6	65.3	29.0	58.5	27.9	55.2	42.2	19.1
F	85.5	8.5	9.5	76.4	22.7	63.2	36.5	50.5	58.9	8.6

* forte variabilité d'échantillonnage
\+ A = pas consommés
++ B = consommés tous les jours

TABLEAU 2 : **DISTRIBUTION DE LA POPULATION SELON LE RAPPORT POIDS / TAILLE, L'ÂGE ET LE SEXE, POPULATION DE 20 ANS ET PLUS, CANADA, 1985**

	Poids par rapport à la taille (IMC+)			
	« Trop maigre » (IMC < 20) Peut être associé à des problèmes de santé chez certaines personnes (%)	« Poids acceptable » (IMC 20 – 25) Bon poids pour la plupart des gens (%)	« Possibilité d'embonpoint » (IMC 25 – 27) Peut mener à des problèmes de santé chez certaines personnes (%)	« Embonpoint » (IMC > 27) Risque accru de problèmes de santé (%)
Population totale de 20 ans et plus	13,7	53,0	15,2	16,9
Hommes	5,6	54,7	19,4	19,4
Femmes	21,5	51,4	11,2	14,4
ÂGE				
20-24	25,1	58,9	7,3	8,3
H	9,0	71,3	9,4	10,1
F	41,6	46,3	5,2	6,5
25-34	16,8	59,3	10,2	12,0
H	5,1	63,8	15,1	14,4
F	28,3	54,9	5,3	9,6
35-44	11,8	51,9	16,8	18,2
H	3,9*	52,6	21,0	22,0
F	19,8	51,1	12,6	14,3
45-54	7,8	45,7	21,4	23,2
H	3,6*	39,5	25,7	29,2
F	12,0	51,9	15,7	17,1
55-64	7,5	47,1	21,5	23,2
H	5,7*	42,5	15,7	23,9
F	9,2	51,4	17,2	22,5
65 et plus	11,6	50,4	17,5	19,7
H	7,7*	51,1	21,1	19,9
F	14,6	49,8	14,8	19,6

+ Indice de masse corporelle (IMC) = poids (kg) / taille^2 (m)
* forte variabilité d'échantillonnage

TABLEAU 3 : **DISTRIBUTION DE LA POPULATION QUI VEUT SOIT PRENDRE SOIT PERDRE DU POIDS, SELON L'IMPORTANCE DU CHANGEMENT, LE SEXE ET L'INDICE DE MASSE CORPORELLE⁺ (POIDS / TAILLE), POPULATION DE 20 ANS ET PLUS, CANADA, 1985**

Indice de masse corporelle	Modification du poids					
		Perte de poids			Gain de poids	
	Désireux de modifier leur poids (%)	9,1 kg ou plus (%)	Entre 4,6 kg et 9,0 kg (%)	4,5 kg ou moins (%)	4,5 kg ou moins (%)	4,6 kg ou plus (%)
HOMMES						
Total	58,4	8,4	12,7	23,8	6,8	6,7
Trop maigre (IMC <20)	61,9	- -	- -	- -	18,8°	43,1
Poids acceptable (IMC 20-25)	45,4	- -	5,8	22,6	9,8	7,2
Possibilité d'embonpoint (IMC 25-27)	66,7	3,7°	18,0	41,8	—	—
Embonpoint (IMC >27)	83,6	37,5	31,0	15,1	- -	- -
FEMMES						
Total	68,2	13,3	16,7	33,8	2,8	1,6
Trop maigre (IMC <20)	38,7	- -	- -	22,9	9,9	5,9°
Poids acceptable (IMC 20-25)	69,8	2,4°	16,9	49,2	1,3°	- -
Possibilité d'embonpoint (IMC 25-27)	88,2	24,3	40,7	23,2	- -	- -
Embonpoint (IMC >27)	92,7	64,2	21,6	6,9°	- -	- -

+ Indice de masse corporelle (IMC) = poids (kg) / taille^2 (m)
° forte variabilité d'échantillonnage
— ne peuvent être diffusés
- - zéro

TABLEAU 4 : **ATTITUDES ET CROYANCES CONCERNANT LE RAPPORT ENTRE LES HABITUDES ALIMENTAIRES ET L'AMÉLIORATION DE LA SANTÉ, SELON L'ÂGE ET LE SEXE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985**

	« En modifiant ses habitudes alimentaires on peut améliorer sa santé » D'accord (%)	« L'amélioration des habitudes alimentaires est la chose la plus importante à faire pour améliorer la santé physique » D'accord (%)	« L'amélioration des habitudes alimentaires était-elle la chose la plus importante que vous avez faite au cours de l'année dernière pour améliorer votre santé? » Oui (%)	« Avez-vous l'intention d'améliorer vos habitudes alimentaires l'année prochaine pour améliorer votre santé? » Oui (%)
Population totale de 15 ans et plus	66,4	11,1	11,6	13,4
Hommes	64,4	10,9	8,0	10,1
Femmes	68,3	11,3	15,0	16,5
ÂGE				
15-24	79,6	18,2	12,6	18,9
H	74,3	15,2	6,6	14,1
F	86,1	21,0	18,9	13,9
25-34	73,8	8,9	12,9	13,9
H	74,3	8,5	9,3	10,6
F	73,3	9,3	16,5	17,2
35-44	71,1	10,7	13,4	14,2
H	68,4	11,7	10,1	12,2
F	73,9	9,7	16,7	16,1
45-54	63,8	10,6	10,3	10,9
H	61,6	11,2	8,0	7,0
F	66,1	10,0	12,6	14,9
55-64	55,7	9,1	10,7	8,5
H	52,6	10,6	7,9	4,9*
F	58,5	7,9	13,3	11,8
65 et plus	35,0	14,3	6,8	8,6
H	33,5	14,6	5,0*	6,4*
F	36,1	14,1	8,2	10,3

* forte variabilité d'échantillonnage

TABLEAU 5 : OPINIONS CONCERNANT LES ALIMENTS QU'IL FAUDRAIT ÉVITER OU LIMITER, SELON L'ÂGE ET LE SEXE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985

	« Croyez-vous que vous devriez limiter ou éviter certains aliments pour protéger votre santé? »	« Si oui, parmi les genres d'aliments suivants, lesquels est-il le plus important de limiter ou d'éviter? Les aliments à forte teneur en. . . »			
	Oui (%)	Matières grasses (%)	Cholestérol (%)	Sucre (%)	Sel (%)
Population totale de 15 ans et plus	63,9	34,5	26,8	24,2	10,9
Hommes	57,7	35,4	29,6	19,0	11,0
Femmes	69,9	33,7	24,5	28,7	10,9
ÂGE					
15-24	65,3	36,2	24,6	27,4	9,3
H	57,2	41,8	21,7	23,2	8,9
F	74,3	31,7	26,9	30,9	9,6
25-34	65,8	31,4	27,2	27,2	10,7
H	57,2	32,2	30,1	20,0	12,3
F	74,3	30,8	25,1	32,7	9,6
35-44	68,0	34,5	26,7	25,2	10,7
H	66,1	33,5	32,3	19,5	11,4
F	70,0	35,5	21,4	30,6	10,1
45-54	62,9	37,2	26,4	21,1	11,3
H	56,8	33,8	34,0	18,5	7,6
F	69,0	40,1	20,2	23,2	14,5
55-64	60,6	37,7	27,6	19,2	11,9
H	52,0	37,4	34,1	8,2	15,5
F	68,6	37,9	23,0	26,9	9,4
65 et plus	55,9	31,4	29,9	19,7	13,6
H	52,6	30,2	30,2	18,3	11,6
F	58,3	30,2	29,7	20,6	14,9

12

L'exercice

Thomas Stephens*
Expert-conseil en épidémiologie sociale
et en recherche par voie d'enquêtes
Manotick (Ontario)

Remerciements : Nous sommes redevables à Peggy Edwards de Santé et Bien-être social Canada et à Thomas F. Drury, du *National Center for Health Statistics* qui nous ont été d'une aide précieuse dans la révision des versions antérieures de ce chapitre.

Points saillants

- La moitié des Canadiens adultes sont actifs pendant leurs loisirs.
- Le quart admettent être complètement sédentaires.
- Au-delà de 5 millions de personnes s'exposent à des problèmes de santé qui pourraient être évités ou atténués par une augmentation de l'activité physique.
- La proportion de ceux qui sont actifs diminue généralement avec l'âge mais augmente avec le niveau d'instruction.
- Il existe entre les provinces des écarts assez importants dans le niveau d'activité physique.
- On n'observe aucune différence marquée entre les hommes et les femmes.
- Les Canadiens qui sont en excellente santé et ceux qui sont très heureux sont plus actifs.
- Cinquante-sept pour cent des adultes estiment faire moins d'exercice qu'ils ne le devraient.
- Bon nombre d'adultes canadiens ne savent pas combien d'exercice il faut faire.
- Beaucoup plus de gens signalent avoir fait plus d'exercice au cours de l'année précédente. En outre, l'exercice figure en tête de liste parmi les changements qu'ils entendent apporter à leurs habitudes au cours de la prochaine année afin d'avoir un mode de vie plus sain.
- Les personnes inactives ne sont pas assez motivées pour changer leurs habitudes même si, dans l'ensemble, elles sont au courant des bienfaits qu'elles pourraient en retirer.

* Ce chapitre a été préparé quand l'auteur était un scientifique invité à l'*Office of Analysis and Epidemiology, National Center for Health Statistics*, Hyattsville (Maryland), États-Unis.

Introduction

L'activité physique est difficile à mesurer puisqu'elle varie dans la forme, la fréquence, l'intensité et la durée. Pour des raisons d'économie, le questionnaire conçu pour l'enquête portait essentiellement sur les loisirs. On a défini l'exercice en fonction de la forme et de l'intensité (faisant référence aux « activités vigoureuses telles que la gymnastique, le jogging, les sports de raquette, les sports d'équipe, les cours de danse ou la marche vive ») et tente de déterminer la fréquence des séances d'une durée d'au moins 15 minutes. On voulait éviter les activités très brèves ou de faible intensité pour se concentrer sur celles qui, de par leur nature et leur durée, peuvent avoir un effet bénéfique sur la santé.

Les répondants ont été priés non seulement de décrire la fréquence de leurs séances d'exercice, mais également de comparer la quantité d'activités physiques qu'ils faisaient avec celle d'autres personnes de leur âge. Les autres questions de cette partie du questionnaire concernaient les croyances au sujet des bienfaits pour la santé d'une augmentation de l'activité physique et une auto-évaluation du niveau d'activité physique.

La partie du questionnaire qui traite de l'exercice (Q. 23-26) a été placée presque au début. Les réponses « je l'ignore » et les non-réponses étaient extrêmement rares (environ 2 % et 0,2 % respectivement) de sorte qu'elles n'ont pas été indiquées dans les tableaux.

L'absence d'uniformisation des données est un facteur qui pourrait avoir un effet sur les conclusions qu'on peut tirer de certains des tableaux de ce chapitre. Autrement dit, les fréquences évaluées n'ont pas été rajustées pour tenir compte de l'âge, du niveau d'instruction et des autres caractéristiques qui varient selon le niveau d'activité. Ainsi, les différences interprovinciales mises en évidence dans le tableau 2 reflètent à la fois des écarts dans la fréquence de l'activité et des disparités dans la composition des populations.

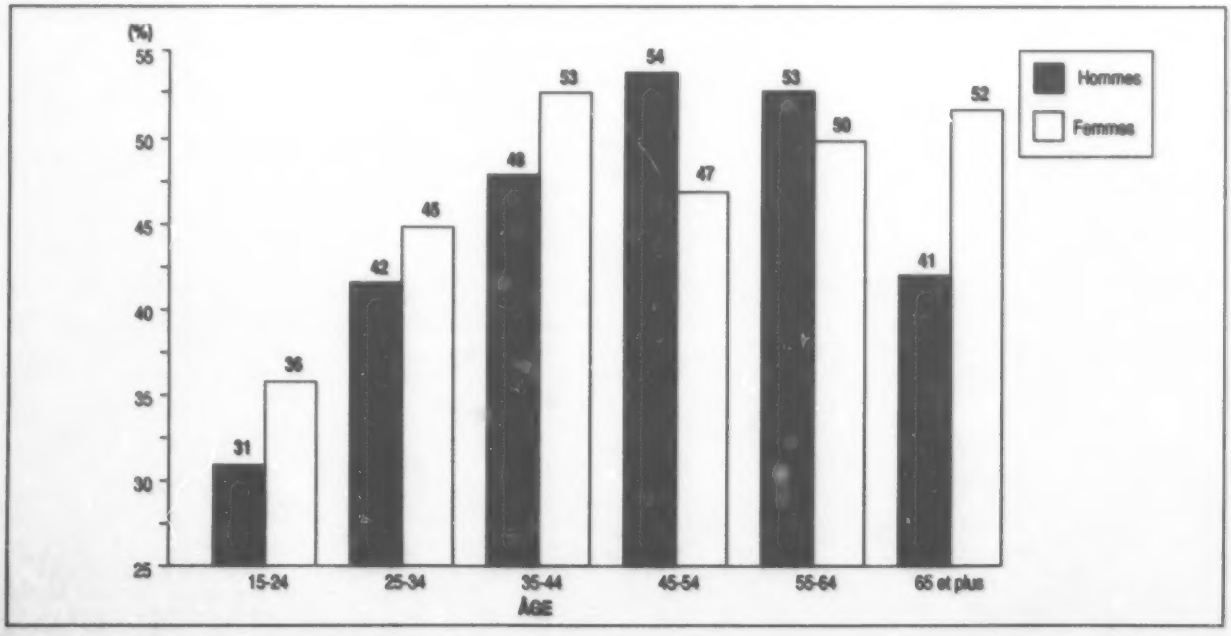
La fréquence de l'exercice

Les réponses à la question concernant la fréquence de l'exercice sont classées ici en trois catégories : « régulièrement » (3 fois ou plus par semaine), « occasionnellement » (1 ou 2 fois par semaine) et « sédentaire » (jamais ou moins d'une fois par semaine). Ainsi que nous l'avons souligné plus haut, dans chaque cas il s'agit d'au moins 15 minutes d'exercice vigoureux.

Suivant cette définition, un peu plus de la moitié des Canadiens adultes (54 %) font régulièrement de l'exercice. Environ le quart (27 %) sont sédentaires, et le reste (18 %) font de l'exercice une fois ou deux par semaine (tableau 1 et figure A).

C'est parmi les répondants les plus jeunes que l'on trouve la plus forte proportion de gens qui font régulièrement de l'exercice (66 %) et ce chiffre diminue

FIGURE A : POURCENTAGE DE LA POPULATION QUI EST INACTIF (FAIT DE L'EXERCICE MOINS DE TROIS FOIS PAR SEMAINE), SELON L'ÂGE ET LE SEXE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985



assez progressivement avec l'âge. Le groupe le moins actif est celui des 55 à 64 ans (47 %). En outre, il s'agit du seul groupe d'âge dans lequel la proportion de sédentaires égale celle des personnes actives, remarque qui n'est valable que pour les hommes. En ce qui concerne la proportion de gens qui font régulièrement de l'exercice, les groupes d'âge adjacents qui diffèrent le plus sont ceux des 25 à 34 ans et des 35 à 44 ans. Après cet âge, les personnes qui font régulièrement de l'exercice représentent une proportion assez constante de chaque groupe d'âge. Toutefois, les personnes qui font de l'exercice « occasionnellement » ont tendance à devenir sédentaires; c'est seulement dans le groupe des plus jeunes que la proportion de ceux qui font de l'exercice à l'occasion est supérieure à celle des sédentaires.

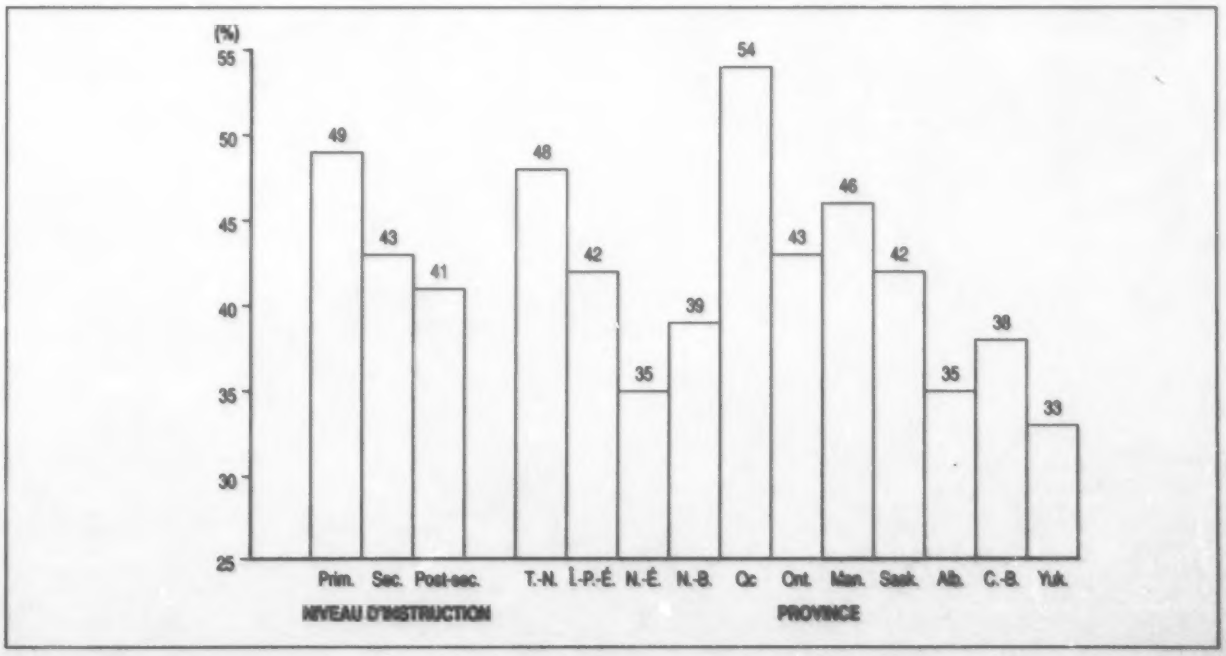
Les différences entre les hommes et les femmes sont très peu marquées, la proportion de personnes actives n'étant en effet que de 3 % supérieure chez les hommes, dans l'ensemble. Dans les groupes d'âge des 45 à 54 ans et des 55 à 64 ans, ce sont les femmes qui sont plus actives (tableau 1).

Il existe une corrélation positive entre le niveau d'instruction et la fréquence de l'exercice. C'est parmi les personnes qui ont fait des études collégiales ou universitaires que l'on trouve la plus forte proportion de gens qui font régulièrement de l'exercice et la plus faible proportion de sédentaires, alors que parmi les personnes qui n'ont pas terminé leurs études secondaires la proportion de ceux qui font régulièrement de l'exercice est de 9 % moins élevée, et la proportion de sédentaires, de 13 % plus élevée (figure B).

Les niveaux provinciaux d'activité sont indiqués au tableau 2. Ces taux révèlent un écart assez considérable dans les proportions de la population qui font régulièrement de l'exercice (de 66 % chez les répondants du Yukon à 46 % chez les Québécois). Les différences entre hommes et femmes varient également d'une province ou territoire à l'autre. C'est dans les quatre provinces de l'Atlantique que les écarts entre les sexes sont le plus considérables, les hommes étant plus actifs. Dans le reste du pays, l'écart entre les sexes est soit négligeable soit inexistant. La figure B indique la répartition de la population inactive dans les provinces et le Yukon.

Trente-sept pour cent des adultes se considèrent plus actifs que les autres personnes de leur âge, tandis que seulement 20 % se considèrent moins actifs que les autres (Q. 25). Environ 40 % estiment avoir un niveau d'activité moyen. Les personnes qui sont actives ont plus souvent des amis actifs (Q. 70), et les personnes mariées font de l'exercice plus régulièrement si leur conjoint est actif (Q. 73). Ainsi, la proportion de gens qui font de l'exercice régulièrement est de 20 % plus élevée chez ceux qui sont mariés avec des personnes actives que chez les gens dont le conjoint est sédentaire. En outre, la proportion de ceux qui font régulièrement de l'exercice est de 41 % plus élevée chez ceux dont la plupart ou tous les amis sont actifs que chez

FIGURE B : POURCENTAGE DE LA POPULATION QUI EST INACTIF (FAIT DE L'EXERCICE MOINS DE TROIS FOIS PAR SEMAINE), SELON LE NIVEAU D'INSTRUCTION, PAR PROVINCE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985



ceux dont tous les amis sont sédentaires (tableau 3). Ce lien étroit avec le niveau d'activité des amis et du conjoint existe chez les hommes comme chez les femmes (données non indiquées).

Exercice et santé

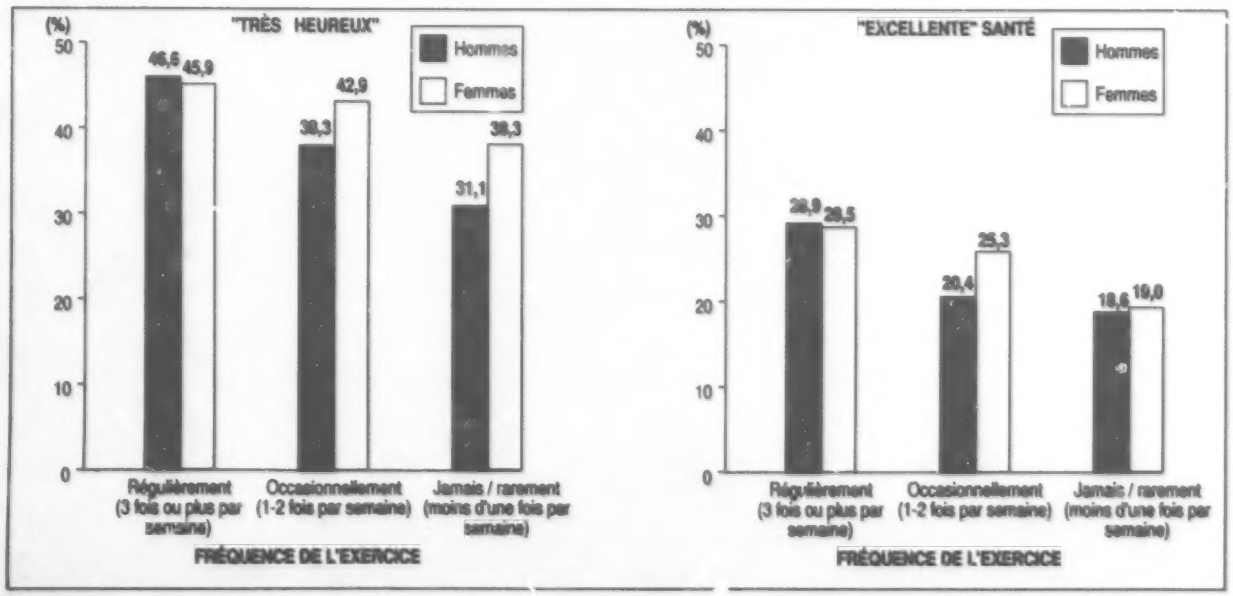
Deux questions de base ont été utilisées pour recueillir des données sur l'auto-évaluation de l'état de santé; l'une porte sur l'état de santé en général (Q. 1), l'autre, sur le bonheur (Q. 9). Toutes les personnes qui font régulièrement de l'exercice déclarent être mieux portantes et plus heureuses que celles qui ne font de l'exercice qu'à l'occasion (figure C).

Le tableau 4 indique le niveau d'activité de ceux qui ont jugé leur santé « excellente ». Pour les deux sexes ainsi que dans tous les groupes d'âge, la plus forte proportion des personnes en excellente santé font régulièrement de l'exercice, tandis que la plus faible proportion sont sédentaires. Pour ce qui est de la question sur le bonheur, les constatations sont très analogues : chez les hommes comme chez les femmes, ceux qui se déclarent « très heureux » sont plus nombreux à faire régulièrement de l'exercice, quel que soit le groupe d'âge (tableau 5).

Les participants à l'enquête ont été priés d'indiquer quelle était la chose la plus importante qu'ils avaient faite au cours de l'année précédente pour améliorer leur santé (Q. 106). Parmi ceux qui ont déclaré avoir fait quelque chose, l'augmentation de l'activité physique était de loin le changement le plus fréquent. Cela est vrai pour les deux sexes et tous les groupes d'âge (données non indiquées). Toutefois, une proportion plus importante de répondants de tous les groupes d'âge, ont indiqué qu'ils n'avaient rien fait. La seule exception est le groupe le plus jeune (15 à 24 ans). Quarante-six pour cent de ceux qui ont apporté un changement quelconque au cours de l'année précédente, soit 29 % de l'ensemble de la population déclarent qu'ils font plus d'exercice. Cette proportion diminue de façon constante avec l'âge sauf dans le cas des hommes âgés de 65 ans et plus chez qui on observe une légère augmentation. On note une corrélation positive entre la tendance à augmenter le niveau d'activité physique au cours de l'année précédente et le niveau d'instruction, mais seules les personnes ayant fait des études universitaires sont plus nombreuses à augmenter leur niveau d'activité physique qu'à ne rien faire (données non indiquées).

Les participants à l'enquête ont été priés non seulement de décrire les changements apportés au cours de l'année précédente mais également d'indiquer s'ils avaient l'intention d'entreprendre quoique ce soit pour améliorer leur santé au cours de la prochaine année (Q. 109). Les réponses se rapprochent ici beaucoup de celles qui ont été obtenues à la question 106 : chez les hommes comme chez les femmes et dans tous les groupes d'âge, l'intention la plus courante est de faire

FIGURE C : **POURCENTAGE DE LA POPULATION QUI SE DIT TRÈS HEUREUX ET POURCENTAGE QUI SE DIT EN EXCELLENTE SANTÉ, SELON LA FRÉQUENCE DE L'EXERCICE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985**



davantage d'exercice (33 %), mais elle est encore moins répandue que l'intention de n'apporter aucun changement (38 %). Il y a une corrélation positive entre l'intention de faire plus d'exercice et le niveau d'instruction, mais seuls les répondants ayant fait des études universitaires sont plus portés à accroître leur niveau d'activité physique qu'à ne rien faire. Les femmes, quel que soit leur âge, sont plus nombreuses que les hommes à se proposer de faire plus d'exercice, mais cette intention diminue avec l'âge pour les deux sexes. (On trouvera au chapitre 15 les tableaux et d'autres détails concernant les changements apportés et les intentions.)

Connaissances et croyances concernant l'exercice

Lorsqu'on demande aux Canadiens, dans le cadre d'une enquête sur la santé, s'ils estiment faire autant d'exercice qu'il le faudrait (Q. 23), 42 % des adultes répondent par l'affirmative. La majorité (57 %) d'entre eux estiment en faire moins qu'ils ne le devraient. Les hommes, quel que soit leur âge, sont plus nombreux que les femmes à penser que leur niveau d'activité est suffisant. En outre, c'est chez les personnes âgées de 65 ans et plus que cette croyance est le plus répandue et chez les personnes âgées de 25 à 44 ans qu'elle l'est le moins. La porportion des répondants qui jugent suffisant leur niveau d'activité est de 10 % plus élevée parmi ceux dont le niveau de scolarité ne dépasse pas les études primaires que chez les diplômés universitaires (tableau 6). Les écarts interprovinciaux sur ce plan sont relativement peu importants, la proportion la plus faible de ceux qui estiment faire assez d'exercice étant de 35 % au Québec et la plus forte, de 48 % au Yukon (données non indiquées).

Lorsque l'on compare les croyances en ce qui concerne un niveau d'activité suffisant avec les niveaux d'activité réels, on s'aperçoit que bon nombre de Canadiens ne savent pas quel est le niveau d'activité optimal. Si l'on suppose qu'il faut au moins trois séances hebdomadaires pour que l'activité soit bénéfique, on constate que les personnes qui font régulièrement de l'exercice sont beaucoup plus nombreuses à juger suffisant leur niveau d'activité. Cette opinion n'est partagée que par environ un tiers des sédentaires et des personnes qui ne font de l'exercice qu'à l'occasion. Les proportions de personnes moins actives qui considèrent faire suffisamment d'exercice ne sont cependant pas négligeables (22 % des personnes qui font occasionnellement de l'exercice et 19 % des sédentaires) (tableau 6).

Près de 60 % des Canadiens adultes estiment que s'ils faisaient plus d'exercice ils amélioreraient leur santé « beaucoup » (27 %) ou au moins « moyennement » (33 %). Seuls 17 % n'y voient aucun bienfait (tableau 7). Cette croyance concernant les effets bénéfiques de l'exercice sur la santé est le plus répandue chez les jeunes et le moins répandue chez les personnes âgées, dont la majorité estiment que le fait de faire plus d'exercice n'améliorerait vraiment pas leur santé. On n'observe à cet égard aucune différence notable entre les sexes ou les différents niveaux d'instruction (données non indiquées).

Le tableau 7 met également en relief des écarts considérables entre les provinces pour ce qui est des croyances concernant les bienfaits pour la santé d'une augmentation de l'activité physique, la proportion de répondants qui estiment que le fait de faire de l'exercice améliore beaucoup la santé étant la plus élevée au Québec (37 %) et la plus basse en Saskatchewan (19 %). Le Québec est la seule province où la proportion de ceux qui croient que l'activité physique est très bénéfique est supérieure à celle des gens qui n'y voient pour ainsi dire aucun bienfait.

Lorsqu'on examine les auto-évaluations de l'état de santé, on ne note aucune différence entre les groupes pour ce qui est des bienfaits pour la santé associés à une augmentation de l'activité physique (données non indiquées), mais le niveau réel d'activité physique influe sur cette attitude. Dans les groupes d'âge des 25 a 34 ans et des 35 à 44 ans, les gens inactifs sont beaucoup plus nombreux que les gens qui font régulièrement de l'exercice à s'attendre à retirer beaucoup de bienfaits d'une augmentation de l'activité physique (tableau 8).

Un peu plus de 4 000 000 de Canadiens (21 % de la population adulte) déclarent qu'ils ne font pas régulièrement de l'exercice et estiment que la chose la plus importante qu'ils pourraient faire pour améliorer leur santé serait de faire plus d'exercice (données non indiquées). Proportionnellement ces personnes sont plus nombreuses dans les groupes d'âge des 25 à 34 ans et des 35 à 44 ans et moins nombreuses dans le groupe d'âge des 65 ans et plus. Lorsqu'on demande aux répondants s'il y a quelque chose qui les empêche de faire plus d'exercice, les obstacles qu'ils évoquent avant tout sont le manque de temps (34 %) et le manque d'autodiscipline ou d'énergie (17 %). Tous les autres obstacles, y compris le coût, le manque de connaissances et l'absence de soutien social ne sont cités que rarement. Dans l'ensemble, 60 % de ceux qui considèrent devoir faire quelque chose pour améliorer leur santé placent l'exercice en tête de liste des priorités (Q. 4). Bien que cette croyance soit surtout répandue chez les jeunes, les répondants lui accordent beaucoup plus d'importance qu'à toute autre modification des pratiques d'hygiène. Par contre, parmi ceux qui estiment devoir faire quelque chose pour améliorer leur façon de maîtriser le stress, seuls 17 % choisissent l'exercice comme moyen d'y arriver (Q. 7). Le chapitre 15 renferme d'autres détails sur ces observations relatives aux intentions de modifier les pratiques d'hygiène.

Analyse

Fréquence de l'activité physique

Les estimations de la proportion de gens qui font régulièrement de l'exercice dépendent dans une grande

mesure de la définition utilisée. Une analyse récente des grandes enquêtes sur l'activité physique[1] a permis d'établir des estimations pour la proportion de la population adulte qui fait de l'exercice allant de 15 % à 78 %, écart qui traduit la diversité des définitions utilisées. L'estimation actuelle du pourcentage de personnes « actives » (54 %) se rapproche beaucoup de celle qui était établie en 1981 dans l'Enquête Condition physique Canada[2] (56 %). On a défini la personne active comme suit : « quelqu'un qui a participé à une activité sportive ou de conditionnement physique pendant au moins 3 heures par semaine et au moins 9 mois de l'année.

La corrélation entre la fréquence de l'activité signalée au tableau 1 et l'âge et le sexe correspond généralement à celle qu'on obtient en utilisant d'autres définitions de l'activité physique[1] : la proportion de gens qui font régulièrement de l'exercice diminue avec l'âge, et elle est légèrement plus élevée chez les hommes que chez les femmes. Les résultats obtenus ici concordent avec l'analyse détaillée de l'Enquête Condition physique Canada[3], selon laquelle la proportion de gens qui font régulièrement de l'exercice est plus élevée parmi les personnes âgées que chez les gens d'âge moyen. La corrélation positive avec le niveau d'instruction est comparable aussi aux constatations d'enquêtes antérieures[1]. Le niveau élevé d'activité physique observé au Yukon est une constatation nouvelle puisqu'on ne disposait pas auparavant de données pour ce territoire. Pour le reste, les écarts entre les provinces sont très analogues à ceux qui ressortent de l'Enquête Condition physique Canada. Les raisons qui expliquent les variations dans les écarts entre les hommes et les femmes d'une province à l'autre ne sont pas évidentes, mais elles pourraient être rattachées au choix de l'activité, par exemple en Nouvelle-Écosse où les hommes choisissent la chasse et la pêche[3].

Ces tendances donnent à croire que cette question sur l'exercice a une certaine validité conceptuelle et que l'on peut, sans trop de risque de se tromper, l'utiliser à des fins de classification dans le cadre d'autres analyses. C'est l'interprétation de la définition du concept de programme régulier d'activité physique qui déterminera dans quelle mesure la question nous permettra d'obtenir une estimation exacte de la fréquence.

Étant donné que la définition retenue dans cette enquête spécifie des activités vigoureuses d'une durée d'au moins 15 minutes, il est probable que les personnes qui font régulièrement de l'exercice retirent certains bienfaits sur le plan de la santé. S'il est vrai que les séances d'exercice de 30 minutes seraient préférables, les bienfaits éventuels de ce programme de 15 minutes engloberaient néanmoins le contrôle du poids, l'accroissement de la capacité de tolérer le glucose (qui ont tous deux pour effet de réduire les risques de diabète tardif), l'atténuation des symptômes de l'anxiété et de la dépression, et la prolongation de l'intégrité du système musculosquelettique, et, partant, le ralentissement ou l'atténuation de l'ostéoporose[4,5].

L'intensité de l'activité physique requise pour améliorer la santé cardio-vasculaire est évidemment supérieure à celle qui permet d'obtenir les résultats énumérés ci-dessus[4]. Elle est également supérieure à celle qui est sous-entendue dans la définition de « la personne qui fait régulièrement de l'exercice » dans cette enquête. Ainsi, la proportion de ceux qui peuvent s'attendre à des bienfaits considérables sur le plan cardio-vasculaire doit être bien inférieure à 54 %. En fait, en 1981, on estimait cette proportion à 25 % des Canadiens adultes[3]. Si l'on peut concevoir que cette proportion ait quelque peu augmenté depuis lors, il est impossible d'évaluer l'ampleur de ce changement à partir des données actuelles, mais il est peu probable que la hausse soit très importante.

Selon cette interprétation, 5,3 millions d'adultes sédentaires ne retireraient aucun bienfait de l'exercice, et il s'agit là d'une évaluation modeste du nombre de personnes « à risque ». Les efforts entrepris récemment pour encourager les membres plus âgés de ce groupe à faire plus d'exercice semblent connaître du succès, ce qui indique qu'il y aurait maintenant lieu d'axer les efforts sur les personnes d'âge moyen, surtout les hommes. Si l'on compare les divers groupes d'âge, on voit que les personnes qui font de l'exercice occasionnellement viennent grossir les rangs des sédentaires, alors que le nombre de gens qui font de l'exercice régulièrement demeure passablement stable. On pourrait donc en conclure qu'un programme régulier d'exercice est plus facile à suivre qu'un programme occasionnel. Il faudrait entreprendre une étude longitudinale, dans laquelle on suivrait les mêmes personnes pendant plusieurs années, afin de confirmer toute hypothèse concernant les comportements à long terme en ce qui concerne l'activité physique.

Il n'est pas étonnant que les personnes actives aient généralement des amis actifs et un conjoint actif, ce qui est frappant, en revanche, c'est la force de cette corrélation. Il n'est pas possible de déterminer à partir de ces données si les personnes actives incitent leurs amis à devenir actifs ou si elles choisissent des amis actifs. Il y a sans doute du vrai dans les deux explications, ce qui témoigne du caractère social de l'activité physique et indique à quel point il est difficile d'inciter quelqu'un à devenir actif lorsqu'il ne vit ni ne travaille dans un milieu propice.

Exercice et santé

Faute de questions détaillées au sujet de l'état de santé, le meilleur moyen d'obtenir cette information consiste à demander aux gens d'évaluer leur propre santé par rapport à celle d'autres personnes de leur âge. On a observé que cette démarche permet d'obtenir des réponses valides[6]. La corrélation positive avec un programme régulier d'activité physique observée ici (tableau 4) concorde avec celle qui a été établie par d'autres enquêtes et ce, que les indicateurs de santé retenus soient des auto-évaluations[2], des comptes rendus de consultations médicales ou la consommation de médicaments[7], ou encore une issue « grave » comme une maladie coronarienne ou la mort[5]. De même, la corrélation positive entre l'exercice et le bonheur (tableau 5) rejoint parfaitement les résultats d'autres enquêtes qui ont fait appel à des définitions diverses

de l'activité physique et de la santé mentale. Si les données de l'enquête ne permettent pas d'établir une relation de cause à effet, une analyse plus détaillée de l'Enquête Condition physique Canada et de trois autres enquêtes de grande envergure montre que ce rapprochement est valable même lorsqu'on tient compte de l'âge, du sexe, de la situation socio-économique et de la santé physique[3].

Seule une étude longitudinale peut déterminer si c'est l'exercice qui rend les gens bien portants ou si ce sont les gens bien portants qui choisissent de faire de l'exercice. Si cette dernière remarque est sans doute vraie, les expériences et les études prospectives ont montré amplement que l'exercice a des effets bénéfiques sur la santé tant physique que mentale.

Connaissances et croyances au sujet de l'exercice

La plupart des Canadiens adultes semblent être en mesure de déterminer si leur propre niveau d'activité physique est suffisant (tableau 6). Cependant, une forte proportion (40 %) de ceux qui font de l'exercice à l'occasion ou qui sont sédentaires jugent suffisant leur niveau d'activité physique. En outre, les hommes, quel que soit leur âge, sont plus nombreux que les femmes à considérer qu'ils font suffisamment d'exercice. Il se peut que ce soit parce que les hommes ont plus souvent que les femmes un emploi qui demande beaucoup de résistance physique, ou encore parce que les femmes sont généralement plus conscientes de leur propre santé.

Les croyances concernant les bienfaits possibles de l'exercice pour la santé indiquent aussi que même si le niveau des connaissances des Canadiens adultes est passablement élevé, il y a encore du progrès à faire. Si tous, à l'exception des 10 ou 15 % les plus actifs auraient sans doute intérêt à faire plus d'exercice, 38 % s'attendent à n'en retirer pour ainsi dire aucun bienfait (tableau 7). En outre, ce sont les jeunes qui s'attendent le plus à retirer des bienfaits, tandis que les personnes âgées s'y attendent le moins. En fait, c'est sans doute ces derniers qui gagneraient le plus à faire de l'exercice, surtout à court terme.

Que les personnes qui font régulièrement de l'exercice (de 25 à 44 ans, tableau 8) s'attendent à retirer moins de bienfaits d'une augmentation de l'activité physique que les personnes inactives est tout à fait raisonnable puisqu'on ressent le plus de bienfaits lorsqu'on passe d'une vie sédentaire à une vie qui comprend de l'activité physique, aussi modeste soit-elle[4]. Cette corrélation explique pourquoi les différences entre les provinces sont aussi marquées sur le plan des attentes. Au Québec, où la population est la moins active, une forte proportion des répondants entrevoient des bienfaits.

Les Canadiens adultes semblent croire que les bienfaits associés à l'exercice sont essentiellement d'ordre physique. L'augmentation de l'exercice est la stratégie de choix pour 60 % de ceux qui estiment devoir faire quelque chose pour améliorer leur santé physique, et pour 17 % de ceux qui jugent qu'ils devraient améliorer leur façon de combattre le stress. Ces chiffres témoignent de l'accent mis sur la santé cardio-vasculaire et le contrôle du poids dans les campagnes de promotion de la condition physique. Il semble nécessaire d'élargir la portée du message.

Répercussions sur le plan de la promotion de la santé

Cibles

1. Tous les adultes, les hommes comme les femmes, ont besoin d'être encouragés en permanence.
2. Il faut prêter une attention toute particulière aux hommes d'âge moyen.
3. Il faut continuer à axer les efforts sur la population âgée.
4. Il faut encourager ceux qui font de l'exercice à l'occasion ainsi que les nouveaux adeptes.
5. La promotion de la condition physique n'attire toujours pas beaucoup l'attention des personnes peu instruites.

Messages et stratégies

1. Il y a lieu de faire ressortir les bienfaits de l'exercice pour la santé, sans perdre de vue que les priorités diffèrent d'un groupe à l'autre (voir tableau A).
2. Il importe de mieux expliquer les programmes d'exercice à suivre pour obtenir des résultats précis sur le plan de la santé.
3. Il faudrait insister davantage sur l'incidence de l'exercice sur la santé mentale, surtout comme moyen de combattre le stress.
4. Les sédentaires et ceux qui ne font de l'exercice qu'à l'occasion devraient comprendre que c'est au début d'un programme régulier d'activité physique que l'on ressent le plus de bienfaits, et que la constance importe davantage que l'intensité dans la plupart des cas.
5. Il faut encore convaincre les gens qu'ils peuvent trouver le temps de faire régulièrement de l'exercice et qu'il n'est pas essentiel de suivre un programme structuré pour en ressentir les bienfaits.
6. Il peut être utile d'apprendre aux sédentaires comment surmonter l'inactivité de leurs amis ou de leur conjoint ou comment en faire abstraction.

Raison d'être

1. Bien qu'un nombre considérable de personnes aient l'intention de faire plus d'exercice et reconnaissent la nécessité de le faire, il existe encore beaucoup de gens qui sont sédentaires et un grand nombre qui ne se rendent pas pleinement compte des bienfaits possibles de l'exercice pour la santé.

2. Les personnes d'âge moyen représentent actuellement le groupe d'âge le moins actif, du fait que les efforts déployés en vue de persuader les personnes âgées de devenir plus actives ont porté fruit. Cependant, les personnes âgées de 25 à 44 ans semblent réceptifs aux efforts de promotion de l'activité physique qui font ressortir les bienfaits de l'exercice pour la santé.

3. Aujourd'hui, comme en 1981[2], on considère le manque de temps et d'autodiscipline comme des obstacles majeurs à un mode de vie actif.

4. Tout le monde ne souhaite pas faire du jogging ou suivre un cours de danse aérobique, et tout le monde n'a pas besoin de le faire pour se sentir mieux dans sa peau.

TABLEAU A : **EFFETS BÉNÉFIQUES POSSIBLES SUR LA SANTÉ À FAIRE RESSORTIR DANS LE CADRE DES EFFORTS DE PROMOTION DE L'EXERCICE**

	Hommes	Femmes
ÂGE		
15-34	• endurance cardio-respiratoire et force pour la pratique des sports • moyen de combattre le stress	• régulation du poids et apparence physique • endurance cardio-respiratoire et force pour la pratique des sports • moyen de combattre le stress • prévention de l'ostéoporose
35-54	• endurance cardio-respiratoire et force pour les activités récréatives et ménagères • régulation du poids et apparence physique • amélioration de la tolérance du glucose • moyen de combattre le stress et la fatigue	• régulation du poids et apparence physique • endurance cardio-respiratoire et force pour les activités récréatives et ménagères • moyen de combattre le stress et la fatigue • diminution des risques d'ostéoporose • amélioration de la tolérance du glucose
55 et plus	• maintien de la capacité fonctionnelle • diminution des risques de maladie coronarienne • bien-être psychologique accru • régulation du poids • amélioration de la tolérance du glucose	• maintien de la capacité fonctionnelle • diminution des risques de maladie coronarienne • bien-être psychologique accru • régulation du poids • amélioration de la tolérance du glucose

Bibliographie

1. **T. Stephens** *et al.* « A descriptive epidemiology of leisure-time activity ». *Public Health Reports*, vol. 100 (1985), p. 147-158.

2. **Enquête Condition physique Canada**. *Condition physique et mode de vie au Canada*. Ottawa, Enquête Condition physique Canada, mai 1983.

3. **T. Stephens** *et al.* « Adult physical activity in Canada: Findings from the Canada Fitness Survey I ». *Canadian Journal of Public Health*, vol. 77 (1986), p. 281-285.

4. **W.L. Haskell** *et al.* « Physical activity and exercise to achieve health-related physical fitness components ». *Public Health Reports*, vol. 100 (1985), p. 202-212.

5. **D.S. Siscovick** *et al.* « The disease-specific benefits and risks of physical activity and exercise ». *Public Health Reports*, vol. 100 (1985), p. 180-188.

6. **National Center for Health Statistics**. « Americans assess their health: United States, 1978 ». *Vital and Health Statistics*, sér. 10, no 142 (mars 1983). Washington, D.C., U.S. Government Printing Office (DHHS publ. no. PHS 83-1570).

7. **Santé et Bien-être social Canada et Statistique Canada**. *La santé des Canadiens : rapport de l'Enquête Santé Canada*. Ottawa, Ministre des Approvisionnements et Services Canada (no de catalogue 82-538F), 1981.

8. **T. Stephens**. « Exercise and mental health in the United States and Canada: Evidence from four population surveys ». *Preventive Medicine*, vol. 17, no 1 (1988).

TABLEAU 1 : **DISTRIBUTION DE LA POPULATION SELON LA FRÉQUENCE DE L'EXERCICE, L'ÂGE, LE SEXE ET LE NIVEAU D'INSTRUCTION, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985**

	Total (en milliers)	Régulièrement (3 fois par semaine ou plus) (%)	À l'occasion (1 ou 2 fois par semaine) (%)	Jamais ou rarement (moins d'une fois par semaine) (%)
Population totale de 15 ans et plus	19 611	54.3	17.8	26.9
Hommes	9 623	55.7	18.1	24.1
Femmes	9 989	52.9	17.6	28.7
ÂGE				
15-24	4 330	66.5	20.8	12.4
H	2 200	68.8	18.8	11.8
F	2 130	64.2	22.8	12.9
25-34	4 480	54.9	21.5	21.7
H	2 230	56.4	23.0	18.5
F	2 250	53.5	20.1	24.9
35-44	3 530	49.1	22.3	28.2
H	1 770	51.5	23.4	24.7
F	1 760	46.6	21.2	31.6
45-54	2 520	49.4	16.7	33.7
H	1 260	46.0	17.9	35.9
F	1 260	52.8	15.5	31.5
55-64	2 310	46.5	10.2	41.5
H	1 110	44.8	9.6	43.8
F	1 120	48.2	10.7	39.3
65 et plus	2 450	51.2	7.8	39.4
H	1 050	57.2	6.2*	34.4
F	1 380	46.7	9.0	43.4
NIVEAU D'INSTRUCTION				
Études primaires	7 173	49.0	15.4	33.9
Études secondaires	7 871	56.6	18.6	24.0
Études post-secondaires	4 368	58.4	20.8	20.6

* forte variabilité d'échantillonnage

NOTA : Si l'on additionne les pourcentages sur les colonnes, on n'obtient pas nécessairement un total de 100 en raison de la catégorie de réponses « je l'ignore » dont on a fait exclusion ici et qui représente en moyenne 1 %.

TABLEAU 2 : **DISTRIBUTION DE LA POPULATION SELON LA FRÉQUENCE DE L'EXERCICE ET LE SEXE, PAR PROVINCE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985**

	Population (en milliers)	Régulièrement (3 fois par semaine ou plus) (%)	À l'occasion (1 ou 2 fois par semaine) (%)	Jamais ou rarement (moins d'une fois par semaine) (%)
Canada	19 611	54.3	17.8	26.9
Hommes	9 623	55.7	18.0	25.0
Femmes	9 989	52.9	17.6	28.7
Terre-Neuve	423	51.3	18.2	29.9
H	211	57.5	15.7	25.7
F	212	45.0	20.6	34.1
Î.-P.-É.	96	56.8	11.7	29.9
H	47	64.6	8.0*	26.9
F	48	49.2	15.3	32.9
Nouvelle-Écosse	681	56.9	12.4	29.0
H	334	63.4	10.1	24.4
F	347	50.6	14.6	33.4
N.-B.	544	58.4	13.9	25.2
H	268	63.9	11.8	22.0
F	277	53.0	15.8	28.2
Québec	5 148	45.9	21.3	32.5
H	2 506	48.4	22.2	29.3
F	2 641	43.6	20.4	35.6
Ontario	7 096	55.4	17.9	25.4
H	3 462	54.9	19.0	24.2
F	3 634	55.9	16.8	26.5
Manitoba	818	53.2	15.6	30.7
H	400	53.6	14.9	31.1
F	418	52.9	16.2	30.3
Saskatchewan	759	57.5	14.6	27.3
H	378	60.9	11.8	26.5
F	381	54.2	17.2	28.2
Alberta	1 762	63.4	12.9	22.5
H	889	65.9	13.7	19.7
F	873	60.9	12.2	25.3
C.-B.	2 267	60.6	18.3	19.9
H	1 118	66.7	17.4	20.4
F	1 149	60.4	19.1	19.3
Yukon	17	65.7	14.0	18.9
H	9	68.9	11.1	18.7
F	8	62.2	17.1	19.1

* forte variabilité d'échantillonnage

NOTA : Si l'on additionne les pourcentages sur les colonnes, on n'obtient pas nécessairement un total de 100 en raison de la catégorie de réponses « je l'ignore » dont on a fait exclusion ici et qui représente en moyenne 1 %.

TABLEAU 3 : **DISTRIBUTION DE LA POPULATION SELON LA FRÉQUENCE DE L'EXERCICE ET LE NIVEAU D'ACTIVITÉ DES AMIS ET DU CONJOINT, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985**

	Total (en milliers)	Régulièrement (3 fois par semaine ou plus) (%)	À l'occasion (1 ou 2 fois par semaine) (%)	Jamais ou rarement (moins d'une fois par semaine) (%)
Population totale de 15 ans et plus	19 611	54.3	17.8	26.9
Parmi ceux dont :				
Aucun ami n'est actif	2 271	39.4	13.6	46.3
Quelques amis sont actifs	8 530	47.0	22.3	29.6
Environ la moitié des amis sont actifs	4 061	61.8	19.6	18.3
La plupart des amis ou tous sont actifs	3 070	80.8	10.2	8.3
Parmi ceux qui :				
Sont marié(e)s	12 074	50.6	18.0	30.5
Ont un conjoint actif	6 154	60.4	18.4	20.1
Ont un conjoint inactif	5 794	40.0	17.7	45.1

NOTA : Si l'on additionne les pourcentages sur les colonnes, on n'obtient pas nécessairement un total de 100 en raison de la catégorie de réponses « je l'ignore » dont on a fait exclusion ici et qui représente en moyenne 1 %.

TABLEAU 4 : **POURCENTAGE DE LA POPULATION QUI S'ESTIME EN EXCELLENTE SANTÉ, SELON LA FRÉQUENCE DE L'EXERCICE, L'ÂGE ET LE SEXE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985**

		% parmi ceux qui font de l'exercice :		
	% de la population totale	Régulièrement (3 fois par semaine ou plus)	À l'occasion (1 ou 2 fois par semaine)	Jamais ou rarement (moins d'une fois par semaine)
Population totale de 15 ans et plus	25.0	28.7	22.8	18.8
Hommes	24.9	28.9	20.4	18.6
Femmes	25.0	28.5	25.3	19.0
ÂGE				
15-24	23.2	27.0	16.3	14.9
H	22.9	27.1	13.1	15.5
F	23.6	27.0	19.1	14.3
25-44	28.2	31.8	25.8	21.7
H	26.1	30.1	20.9	17.9
F	30.3	33.6	31.2	24.5
45-64	23.8	27.7	23.9	19.5
H	25.4	30.7	23.8	20.4
F	22.3	25.0	24.0	18.4
65 et plus	19.7	24.1	23.0	13.9
H	23.5	25.6	40.8	17.8
F	16.8	22.4	13.7	11.6

TABLEAU 5 : **POURCENTAGE DE LA POPULATION QUI SE DIT « TRÈS HEUREUX », SELON LA FRÉQUENCE DE L'EXERCICE, L'ÂGE ET LE SEXE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985**

		% parmi ceux qui font de l'exercice :		
	% de la population totale	Régulièrement (3 fois par semaine ou plus)	À l'occasion (1 ou 2 fois par semaine)	Jamais ou rarement (moins d'une fois par semaine)
Population totale de 15 ans et plus	41.9	46.2	40.6	34.9
Hommes	40.8	46.6	38.3	31.1
Femmes	42.9	45.9	42.9	38.1
ÂGE				
15-24	46.0	49.6	39.0	39.8
H	42.8	48.1	27.9	38.2
F	49.3	51.2	48.5	41.3
25-44	45.0	48.8	43.8	39.6
H	43.1	49.3	42.1	30.7
F	46.9	48.2	45.7	46.4
45-64	35.0	40.4	35.2	28.4
H	34.6	40.0	39.7	27.2
F	35.3	40.7	30.5	29.8
65 et plus	38.1	40.9	37.9	34.9
H	41.7	45.1	44.2	37.4
F	35.3	37.1	34.5	33.4

TABLEAU 6 : **POURCENTAGE DE LA POPULATION QUI CROIT FAIRE SUFFISAMMENT D'EXERCICE, SELON LA FRÉQUENCE DE L'EXERCICE, L'ÂGE, LE SEXE ET LE NIVEAU D'INSTRUCTION, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985**

		% parmi ceux qui font de l'exercice :		
	% de la population totale	Régulièrement (3 fois par semaine ou plus)	À l'occasion (1 ou 2 fois par semaine)	Jamais ou rarement (moins d'une fois par semaine)
Population totale de 15 ans et plus	41.8	60.3	21.7	18.6
Hommes	47.3	65.9	24.6	23.2
Femmes	36.5	54.5	18.8	14.8
ÂGE				
15-24	48.7	61.9	24.5	18.1
H	59.4	70.3	39.7	26.6
F	37.6	52.6	11.4	10.0
25-44	36.1	55.7	17.9	12.2
H	41.0	61.3	19.4	15.1
F	31.3	49.6	16.2	10.0
45-64	40.1	58.8	21.0	23.4
H	42.4	62.0	16.2	30.0
F	37.8	55.9	26.0	16.2
65 et plus	51.7	74.9	45.7	23.0
H	56.8	78.6	44.2	22.0
F	47.8	71.4	46.5	23.7
NIVEAU D'INSTRUCTION				
Études primaires	46.4	71.2	10.8	16.8
Études secondaires	39.8	84.0	7.1	8.8
Études post-secondaires	36.9	81.9	10.2	7.8

TABLEAU 7 : **POURCENTAGE DE LA POPULATION QUI CROIT QUE LE FAIT DE FAIRE PLUS D'EXERCICE AMÉLIOREREAIT SA SANTÉ, SELON L'ÂGE ET LE SEXE, PAR PROVINCE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985**

	Population totale (en milliers)	Beaucoup (%)	Moyennement (%)	Un peu / pas du tout (%)
Population totale de 15 ans et plus	19 611	26,8	32,8	38,0
Hommes	9 623	25,6	32,2	40,4
Femmes	9 989	28,0	33,4	35,7
ÂGE				
15-24	4 333	38,2	33,4	27,8
H	2 203	37,0	31,6	30,6
F	2 130	39,3	35,2	24,9
25-44	8 005	31,1	34,9	32,9
H	3 994	30,7	33,2	35,8
F	4 011	31,6	36,7	29,9
45-64	4 827	15,4	30,2	49,8
H	2 371	12,4	31,6	52,0
F	2 456	18,1	29,0	47,8
65 et plus	2 446	12,7	21,1	61,1
H	1 054	13,6	20,5	61,8
F	1 392	12,0	21,5	60,5
PROVINCE				
Terre-Neuve	423	24,7	29,6	43,3
Î.-P.-É.	96	28,0	28,5	38,8
Nouvelle-Écosse	681	22,5	30,7	42,9
Nouveau-Brunswick	544	24,4	30,6	40,2
Québec	5 148	37,4	27,0	33,9
Ontario	7 096	23,4	35,2	38,9
Manitoba	818	21,6	35,9	41,1
Saskatchewan	759	19,2	35,9	43,4
Alberta	1 762	24,8	35,5	37,5
C.-B.	2 267	20,1	36,8	40,3
Yukon	17	25,4	34,9	37,1

TABLEAU 8 : **OPINIONS CONCERNANT LES BIENFAITS DE L'AUGMENTATION DE L'ACTIVITÉ PHYSIQUE, SELON LA FRÉQUENCE DE L'EXERCICE ET L'ÂGE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985**

	Pourcentage de la population qui estime pouvoir améliorer sa santé :		
	Beaucoup (%)	**Moyennement** (%)	**Un peu / pas du tout** (%)
Population totale de 15 ans et plus	26.8	32.8	38.0
Fait de l'exercice régulièrement	26.5	32.5	39.7
Inactif*	27.7	33.0	36.3
ÂGE			
15-24	38.2	33.4	27.8
Fait de l'exercice régulièrement	38.4	34.5	26.5
Inactif	37.9	30.9	30.4
25-44	31.1	34.9	32.9
Fait de l'exercice régulièrement	27.3	32.9	39.2
Inactif	36.1	36.7	26.3
45-64	16.8	34.8	44.1
Fait de l'exercice régulièrement	17.0	35.4	44.5
Inactif	16.9	34.7	43.6
65 et plus	12.7	21.1	61.1
Fait de l'exercice régulièrement	14.2	21.6	62.6
Inactif	11 5	19.7	60.6

* inactif : comprend les personnes qui font de l'exercice à l'occasion ainsi que celles qui en font rarement ou jamais

Partie

La présente section se différencie des parties deux à cinq qui renferment des données, dans la plupart des cas, sujet par sujet, sur divers risques pour la santé et sur les bonnes habitudes d'hygiène. Dans les quatre chapitres à venir, on tente plutôt de donner une vue d'ensemble de la situation pour que le lecteur puisse mieux comprendre les chapitres précédents.

Au chapitre 13, Thomas Stephens analyse les corrélations qui existent entre certaines pratiques évoquées plus tôt dans le présent rapport. Il s'agit ici de savoir s'il existe une tendance en ce qui concerne les bonnes pratiques d'hygiène et si un mode de vie sain, caractérisé par plusieurs pratiques d'hygiène, est synonyme de bonne santé.

Au chapitre 14, Owen Adams présente et interprète un large éventail de constatations sur l'état de santé. Bien que la présente enquête porte surtout sur les comportements, les attitudes et les connaissances en matière de santé, elle fournit aussi une abondance de données sur l'auto-évaluation de l'état de santé, les limitations à l'activité et l'état de santé affectif. Ce chapitre renferme aussi des données essentielles sur les tendances.

On a rassemblé au chapitre 15 des données sur les intentions et les attitudes qui sous-tendent la plupart des comportements individuels dont il est question aux chapitres 3 à 12. Thomas Stephens compare les réponses aux questions concernant les sujets relatifs à la santé avec les réponses qui ont trait aux besoins en information et au désir de modifier le mode de vie pour améliorer la santé.

Au dernier chapitre, Thomas Stephens tente de dégager certains thèmes généraux des constatations de l'Enquête Promotion Santé. Ces thèmes sont : a) les groupes à risque; b) les progrès; et c) les principaux défis à relever.

13

L'hygiène et l'état de santé

Thomas Stephens*
Expert-conseil en épidémiologie sociale
et en recherche par voie d'enquêtes
Manotick (Ontario)

Remerciements : Le présent chapitre a été relu par Ross M.G. Norman, qui à l'époque travaillait à la *Memorial University of Newfoundland* et par Richard Jessor, de l'*University of Colorado*. Tous deux ont fait d'utiles suggestions. Seuls le temps et les contraintes d'espace nous ont empêchés de donner suite à toutes.

Points saillants

- Il existe des corrélations positives mais faibles entre la plupart des bonnes pratiques d'hygiène analysées ici.
- Chez les femmes, le test Pap, l'examen des seins, l'auto-examen des seins et le contrôle de la tension artérielle constituent une grappe de pratiques étroitement liées.
- L'usage du tabac, la consommation de quatre verres ou plus par jour et l'usage de drogues illicites forment une grappe de pratiques chez les hommes.
- Deux Canadiens adultes sur trois déclarent avoir un mode de vie sain.
- Le nombre de bonnes pratiques d'hygiène augmente avec l'âge et le niveau d'instruction.
- Les femmes, sauf celles qui ont entre 15 et 24 ans, mènent en général une vie plus saine que les hommes.
- Il existe une corrélation positive entre le nombre de bonnes pratiques d'hygiène, l'auto-évaluation de l'état de santé et le bonheur.

* Ce chapitre a été préparé quand l'auteur était un scientifique invité à l'*Office of Analysis and Epidemiology, National Center for Health Statistics*, Hyattsville (Maryland), États-Unis.

Introduction

Dans les chapitres précédents, nous avons évoqué la prévalence de certaines pratiques d'hygiène dans la population canadienne et fourni d'importants renseignements sur la distribution des risques inhérents au mode de vie. Dans le présent chapitre, nous analysons les relations qui existent entre ces nombreuses pratiques et le lien entre certains comportements et l'état de santé. Nous répondons essentiellement aux questions suivantes :

- Un « mode de vie sain » est-il un concept significatif et utile auquel on peut avoir recours pour promouvoir la santé?
- Peut-on établir un lien entre un « mode de vie sain » et une bonne santé?

Nous abordons ici la plupart mais non la totalité des comportements étudiés dans les chapitres précédents. Sont exclus le port de la ceinture de sécurité et les dispositifs de sécurité tels que le détecteur de fumée et l'extincteur, les deux premiers étant obligatoires dans de nombreuses provinces et le dernier étant fourni dans la plupart des appartements. Les pratiques que nous avons examinées — sept pour les hommes et dix pour les femmes — procèdent donc d'un choix individuel, bien que cela ne signifie pas qu'elles dépendent uniquement de la volonté. En particulier, l'examen des seins et le test Pap exigent l'intervention du médecin. Nous les avons inclus ici dans la mesure où c'est la femme qui décide de se rendre chez le médecin et en choisit le moment.

Nous avons puisé dans le questionnaire les questions clés décrivant diverses pratiques d'hygiène, et les réponses ont été divisées en deux groupes : réponses favorables (qui valent un point dans l'indice récapitulatif) et réponses défavorables (qui ne valent aucun point). Les définitions sont indiquées au tableau A. Certaines pratiques favorables (p. ex. le contrôle de la tension artérielle et le test Pap) ont été définies selon les normes du Groupe d'étude sur l'examen médical périodique[1]. Dans d'autres cas (p. ex. l'exercice et la consommation d'alcool), nous nous sommes fondés sur des études antérieures qui ont étudié le rapport entre les pratiques en question et l'état de santé[2,3]. Pour définir l'usage du tabac et la consommation de drogues, nous sommes partis de l'hypothèse qu'aucun niveau de consommation n'est sain, bien qu'il existe une courbe dose-effet pour chacune de ces substances.

Pour les besoins de l'analyse, les bonnes pratiques d'hygiène des hommes ont été groupées ainsi : 0-2 / 3-4 / 5-6 / 7, tandis que pour les femmes les catégories sont : 0-4 / 5-6 / 7-8 / 9-10. Le maximum étant de 7 pour les hommes et de 10 pour les femmes, on peut juger ces deux groupements équivalents pour ce qui est de décrire les proportions du nombre maximal de bonnes pratiques, soit environ 33 %, 50 %, 75 %, ou 100 %.

TABLEAU A : **DÉFINITIONS DES BONNES ET DES MAUVAISES PRATIQUES D'HYGIÈNE**

	Question*	Réponses ou indicateurs favorables	Réponses ou indicateurs défavorables
PRATIQUE			
1. Vérification de la tension artérielle[1]	18		
âge : 15-24		au moins une fois dans la vie	jamais ou « je l'ignore »
âge : 25-44		il y a 1 ou 2 ans	il y a plus de 2 ans
âge : 45 et plus		il y a 6 à 12 mois	il y a plus de 12 mois
2. Exercice[2]	24	3 fois ou plus par semaine	moins de 3 fois par semaine
3. Usage du tabac	27	non-fumeur	fumeur habituel
4. Usage de l'alcool[3]	39c	4 verres par jour	4 verres ou plus par jour
5. Usage de drogues	49	ni cocaïne, marijuana ou haschich au cours des 12 mois précédant l'enquête	cocaïne, marijuana ou haschich au cours des 12 mois précédant l'enquête
6. Trousse de premiers soins	59	en a un à la maison	n'en a pas un à la maison
7. Petit déjeuner	74	protéines 4 fois ou plus par semaine	protéines 4 fois par semaine
8. Examen des seins[1]	61	au cours des 12 mois précédant l'enquête	pas au cours des 12 mois précédant l'enquête
9. Auto-examen des seins[1]	63	au moins une fois tous les 2 ou 3 mois	moins souvent que tous les 2 ou 3 mois
10. Test Pap[1]	65		
âge : 15-34		au cours des 2 ou 3 ans précédant l'enquête	il y a plus de 3 ans
âge : 35 et plus		il y a plus de 3 ans (acceptable)	jamais ou « je l'ignore »

* numéros des questions de l'Enquête Promotion Santé, 1985

Corrélations entre les pratiques d'hygiène

La façon la plus simple d'étudier les corrélations entre les pratiques d'hygiène est de dresser une matrice de corrélation. Vu que la fréquence de nombreuses pratiques varie avec l'âge, comme nous l'avons fait remarquer dans les chapitres antérieurs, les corrélations indiquées dans le présent chapitre ont été calculées en tant que corrélations partielles, l'âge étant la variable de contrôle. Un contrôle supplémentaire consistait à produire des analyses distinctes pour les hommes et les femmes.

Le tableau 1 renferme les résultats de ces analyses. Dans 40 des 66 paires de corrélations, on relève des associations positives significatives ($p < 0{,}001$). Cela laisse supposer que les bonnes pratiques d'hygiène sont intimement liées dans la population. Toutefois, en règle générale, les corrélations sont faibles : 14 seulement sont égales ou supérieures à 0,10 et aucune n'excède $r = 0{,}35$. En d'autres termes, pour ces associations, la variance se situe entre 1 % et 10 % environ.

Certaines associations ou « grappes » méritent d'être soulignées. La plus évidente est celle des trois pratiques préventives propres aux femmes et du contrôle de la tension artérielle. Chez les hommes, il semble y avoir un lien entre l'usage du tabac, la consommation d'alcool et l'usage de drogues illicites.

Mises à part ces variations, chaque pratique compte pour beaucoup dans l'indice des pratiques d'hygiène (tableau 2).

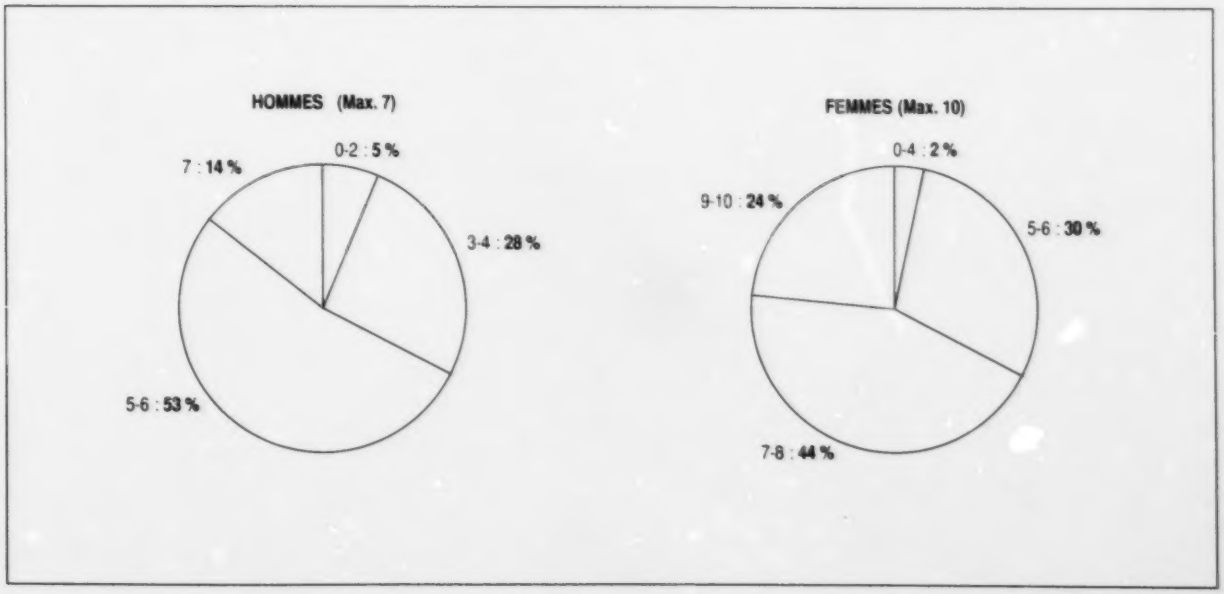
Si on suppose qu'un « mode de vie sain » comprend entre 5 et 7 bonnes habitudes d'hygiène (sur un maximum de 7) pour les hommes et entre 7 et 10 (sur un maximum de 10) pour les femmes, plus des deux tiers des répondants de chaque sexe se disent avoir un mode de vie sain (figure A et tableau 3). Eu égard à cette définition, seule une très faible proportion de la population a un mode de vie qui peut nuire à sa santé.

Les personnes qui sont plus âgées et plus instruites ont plus souvent un mode de vie sain (figure B et tableau 3). Les femmes qui ont fait des études collégiales et celles qui sont âgées de plus de 24 ans mènent une vie plus saine que leurs homologues masculins, mais les hommes sont plus nombreux que les femmes à avoir de bonnes pratiques d'hygiène entre l'âge de 15 et 24 ans. (Les femmes de plus de 65 ans posent un problème particulier du fait que les pratiques préventives propres aux femmes s'appliquent moins aux femmes âgées qu'à celles qui sont jeunes. Si l'on fait abstraction de ces pratiques, il apparaît que les femmes âgées mènent une vie plus saine que les hommes du même âge.)

Analyse

Les associations qui existent entre les bonnes pratiques d'hygiène présentent un intérêt plus que théorique. Si

FIGURE A : **DISTRIBUTION DE LA POPULATION SELON LE NOMBRE DE BONNES PRATIQUES D'HYGIÈNE ET LE SEXE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985**



l'on parvient à dégager certains modèles de comportement, on sera alors mieux en mesure de comprendre ce qui incite les gens à prendre des risques ou, au contraire, à protéger leur santé et, par conséquent, à élaborer des stratégies efficaces de promotion de la santé.

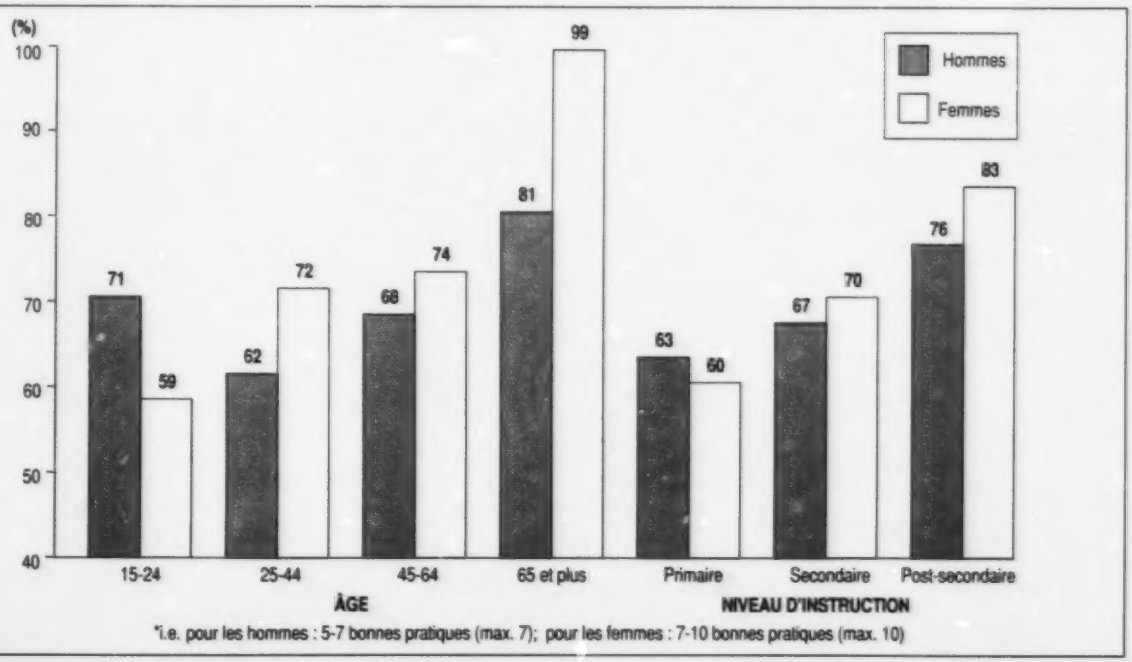
On avait déjà observé les associations étroites qui existent entre les pratiques préventives propres aux femmes dans l'Enquête Santé Canada[4], et il en va de même pour la relation entre la consommation d'alcool et l'usage du tabac[5]. Ce qui est plus frappant, toutefois, c'est la faiblesse des corrélations entre ces pratiques. Cela laisse supposer que, pour la population dans son ensemble, le fait d'avoir certaines bonnes habitudes d'hygiène peut prédisposer une personne à adopter d'autres bonnes habitudes, mais qu'en pratique, ces habitudes sont indépendantes les unes des autres.

Cela ne devrait pas surprendre, car nous connaissons encore assez peu l'importance accordée aux diverses pratiques ainsi que les motivations très complexes qui sous-tendent le comportement humain. Les corrélations figurant au tableau 1 n'approcheraient 1,0 que si toutes ces pratiques étaient adoptées pour des raisons de santé, si la santé passait avant tout et si les gens avaient un comportement parfaitement rationnel. De toute évidence, ce n'est pas le cas. Par exemple, des données récentes provenant de Terre-Neuve indiquent que lorsqu'il s'agit de prédire le comportement, l'hédonisme entre beaucoup plus en ligne de compte que les conséquences pour la santé[6].

Il peut être utile d'établir un indice récapitulatif si chacune de ces composantes est significative et aucune ne prédomine. Ainsi, les indices distincts établis pour les hommes et les femmes (tableau 2) ont un certain mérite et il est utile de connaître les cotes obtenues pour les groupes démographiques. Par conséquent, la relation entre les pratiques d'hygiène et l'âge (figure B, tableau 3) est importante parce qu'elle montre que les différences entre les sexes ont un rapport avec l'âge. Dans la tranche d'âge la plus jeune, le mode de vie des hommes est en fait plus sain. Ce rapport entre l'âge et le sexe en ce qui concerne les risques individuels a déjà été établi dans d'autres études. Ce qui est important c'est de savoir si cela est dû au fait que les jeunes femmes prennent plus de risques et les jeunes hommes en prennent moins. Dans ce chapitre, il ne nous appartient pas d'examiner à fond cette question, mais les résultats présentés dans les chapitres antérieurs sur l'usage du tabac et la consommation d'alcool semblent indiquer que le comportement des femmes est peut-être en train de changer. Les résultats de l'enquête de 1990 seront peut-être plus concluants à cet effet. Pour le moment, il est impossible de savoir si c'est le processus du vieillissement ou les différences entre générations qui sont à l'origine de ces résultats.

La figure B et le tableau 3 montrent que la proportion des personnes des deux sexes qui ont de bonnes pratiques d'hygiène augmente avec l'âge. Il peut s'agir d'un phénomène de survie, c'est-à-dire d'une tendance

FIGURE B : **POURCENTAGE DE LA POPULATION QUI A EN GRANDE PARTIE DE BONNES* PRATIQUES D'HYGIÈNE, SELON L'ÂGE, LE SEXE ET LE NIVEAU D'INSTRUCTION, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985**



*i.e. pour les hommes : 5-7 bonnes pratiques (max. 7); pour les femmes : 7-10 bonnes pratiques (max. 10)

qu'ont ceux qui mènent une vie saine à vivre plus longtemps[3]. Toutefois, étant donné que l'enquête décrit les pratiques d'hygiène actuelles, et non pas celles de toute une vie, il est impossible de vérifier cette hypothèse à la lumière de ces données. Si en effet il s'agit d'un phénomène de survie, il est possible qu'il ne s'applique pas aux femmes. Après l'âge de 65 ans, la proportion des femmes qui ont entre 7 et 10 bonnes habitudes diminue considérablement par rapport à celles qui sont âgées de 45 à 64 ans. Ce n'est que si on élargit la définition des bonnes pratiques d'hygiène pour le groupe des femmes les plus âgées (jusqu'à 5 pratiques ou plus) que l'on décèle une augmentation avec l'âge similaire à celle que l'on trouve chez les hommes (figure B). Un tel élargissement de la définition pourrait se justifier du fait que les trois pratiques préventives propres aux femmes intéressent avant tout les jeunes femmes.

La relation qu'on constate ici et ailleurs dans ce rapport entre les pratiques d'hygiène et le niveau d'instruction a déjà été établie dans des rapports antérieurs sur les disparités socio-économiques et l'exposition au risque de contracter une maladie cardio-vasculaire[7]. Contrairement aux différences entre les hommes et les femmes ou entre les jeunes et les personnes âgées, les disparités socio-économiques jouent un rôle dans tous les risques examinés ici. Néanmoins, il faut reconnaître que la majorité des répondants à chacun des niveaux d'instruction ont en grande partie de bonnes pratiques d'hygiène.

Pratiques d'hygiène et état de santé

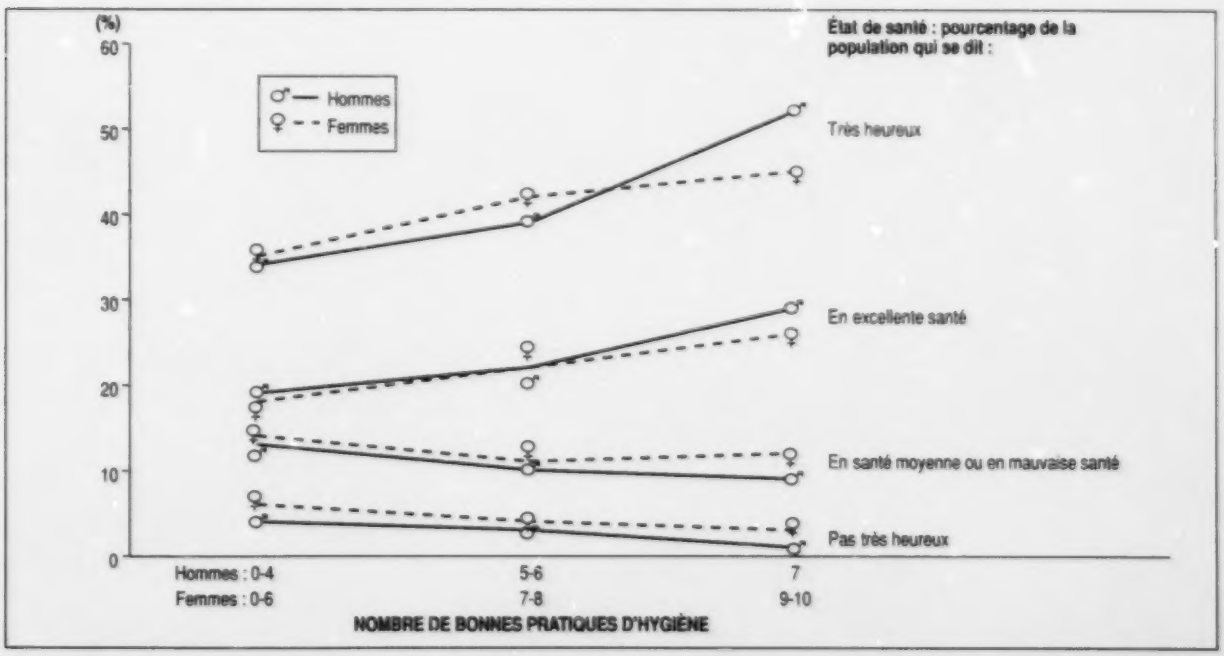
Pour étudier la relation entre le nombre de pratiques d'hygiène et l'état de santé, nous avons eu recours à l'indice récapitulatif décrit antérieurement. Les deux catégories inférieures ont été combinées puisqu'elles représentaient très peu de cas.

Comme le montrent la figure C et le tableau 4, on peut établir un rapport positif entre le nombre de bonnes pratiques d'hygiène et l'auto-évaluation de l'état de santé : ceux qui ont un mode de vie sain sont plus nombreux à juger leur santé excellente et à se dire très heureux que ceux qui, dans l'ensemble, ont un mode de vie moins sain. L'inverse est également vrai : les personnes qui ont un mode de vie moins sain sont plus nombreuses à juger leur santé moyenne ou mauvaise et à déclarer qu'elles ne sont pas très heureuses.

Analyse

Ces résultats correspondent aux résultats d'études antérieures dans lesquelles on a eu recours à des mesures différentes de l'état de santé et à des pratiques d'hygiène différentes. Par exemple, on a constaté des relations semblables dans l'Enquête Santé Canada, où les mesures utilisées étaient les journées d'incapacité, le nombre de problèmes de santé et deux échelles psychologiques détaillées[5]. Dans le comté d'Alameda (Californie), on a établi un rapport entre les pratiques d'hygiène et la mortalité au cours d'une

FIGURE C : **ÉTAT DE SANTÉ, SELON LE NOMBRE DE BONNES PRATIQUES D'HYGIÈNE ET LE SEXE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985**



longue période de temps[3]. Ni l'une ni l'autre de ces études n'a utilisé autant de pratiques d'hygiène que l'EPS.

Bien que la relation entre les pratiques d'hygiène et l'état de santé se soit révélée toujours positive dans les différentes populations étudiées, il est souvent impossible de conclure qu'un bon état de santé découle directement de bonnes pratiques d'hygiène. Cela est vrai pour les résultats actuels, qui ne font qu'indiquer une association statistique. L'étude effectuée dans le comté d'Alameda est importante parce qu'elle a établi un rapport entre la mortalité en 1974 et les pratiques d'hygiène en 1965, même en tenant compte de l'état de santé initial. Il s'agit là de la preuve la plus éclatante qu'un mode de vie qui comprend plusieurs bonnes habitudes d'hygiène a un effet sensible sur l'état de santé. On pourrait donc présumer qu'une telle relation explique les constatations exposées dans le présent chapitre, bien qu'il soit impossible de le prouver de façon concluante. Plus important encore, une telle relation implique qu'un nombre considérable d'adultes canadiens risquent de mourir prématurément en raison de leur mode de vie. Cette conclusion n'est pas nouvelle[8], mais elle mérite d'être répétée.

Le fait que les habitudes d'hygiène influent largement sur l'état de santé expliquerait les écarts qu'on relève au Canada[9] ainsi que dans d'autres pays entre les différents niveaux socio-économiques en ce qui concerne les taux de mortalité et de morbidité. C'est un phénomène qui est bien établi. Il y a toutefois une autre explication possible, soit le fatalisme et le sentiment d'impuissance que peut créer un tel phénomène. Selon toute probabilité, ces deux explications sont valides, indiquant qu'il existe un cercle vicieux qui, d'une génération à l'autre, irait du désespoir à la pauvreté, la maladie et la mort prématurée pour ensuite revenir encore au désespoir. Comme nous l'avons fait remarquer dans l'introduction au présent chapitre, en insistant sur le fait que les pratiques d'hygiène dépendent de chacun, nous ne voulons pas pour autant laisser entendre qu'elles sont le résultat d'un choix libre et éclairé; en conséquence, pour induire des changements de comportement, il ne serait ni justifié ni efficace de « blâmer la victime » pour ses mauvaises pratiques d'hygiène.

On peut dégager de cet aperçu des pratiques d'hygiène trois conclusions importantes en ce qui concerne la promotion de la santé :

- Il existe une corrélation positive mais faible entre les bonnes pratiques d'hygiène;
- La majorité des Canadiens adultes déclarent avoir surtout de bonnes pratiques d'hygiène, mais les modes de vie sains ne sont pas répartis également dans la société;
- Il existe une corrélation positive entre les bonnes pratiques d'hygiène et une bonne santé.

La présente méthode d'analyse des pratiques d'hygiène a toutefois certaines limites. De par sa nature, un indice réunit un nombre considérable de renseignements détaillés en une seule cote, et beaucoup de ces renseignements sont essentiels à l'élaboration d'une politique et des programmes de promotion de la santé. Par exemple, une des constatations cruciales de la présente enquête porte sur l'usage du tabac chez les jeunes femmes. On ne la retrouve pas dans cet aperçu. Pour cette raison, il est essentiel de lire les chapitres qui portent sur les diverses pratiques sanitaires conjointement avec le présent chapitre.

Une autre limitation de cette analyse est qu'elle ne tient pas compte des grappes de pratiques d'hygiène qui peuvent varier d'un groupe d'âge ou de sexe à l'autre. Par exemple, quand on a analysé les résultats de l'Enquête Santé Canada et de l'Enquête Condition physique Canada, on a constaté deux combinaisons de risque excessif qui peuvent être fatales : les jeunes consomment beaucoup d'alcool mais n'utilisent pas souvent la ceinture de sécurité, tandis que les hommes d'âge moyen fument beaucoup et font peu d'exercice[8]. De telles combinaisons, que l'on trouve ailleurs dans le présent rapport (p. ex. au chapitre 16) ou que l'on peut obtenir en poussant l'analyse, sont des cibles importantes pour les programmes de promotion de la santé. Il faut les déceler et s'en servir à la lumière des résultats encourageants indiqués dans ce chapitre.

Bibliographie

1. **Task Force on the Periodic Health Examination**. « The periodic health examination ». *Canadian Medical Association Journal*, vol. 121 (1979), p. 1193-1254.

2. **W.L. Haskell**. « Physical activity and health: need to define the required stimulus ». *American Journal of Cardiology*, vol. 55 (1985), p. 4D-9D.

3. **L.F. Berkman et L. Breslow**. *Health and Ways of Living*. New York, Oxford University Press, 1983.

4. **Santé et Bien-être social Canada et Statistique Canada**. *La santé des Canadiens : rapport de l'Enquête Santé Canada*. Ottawa, Ministre des Approvisionnements et Services Canada (no de catalogue 82-538), 1981.

5. **T. Stephens**. « Health practices and health status: Evidence from the Canada Health Survey ». *American Journal of Preventive Medicine*, vol. 2 (1986), p. 209-215.

6. **R.M.G. Norman**. « Studies of the interrelationships amongst health behaviors ». *Canadian Journal of Public Health*, vol. 76 (1985), p. 407-410.

7. **W.J. Millar et D.T. Wigle**. « Socioeconomic disparities in risk factors for cardiovascular disease ». *Canadian Medical Association Journal*, vol. 134 (1986), p. 127-132.

8. **T. Stephens**. « Habitudes de vie saines pour tous en l'an 2000? » *Promotion de la santé*, vol. 24, no 2 (automne 1985), p. 2-6.

9. **R. Wilkins et O.B. Adams**. *Healthfulness of Life*. Montréal, Institut de recherches politiques, 1983.

TABLEAU 1 : **CORRÉLATIONS AJUSTÉES SELON L'ÂGE ENTRE LES BONNES PRATIQUES D'HYGIÈNE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985**

	Hommes (moitié supérieure) et femmes (moitié inférieure)									
	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.
1. Vérification de la tension artérielle		0.026	0.026	0.029	0.005	0.126*	0.002	s.o.	s.o.	s.o.
2. Exercice	-0.013		0.098*	0.022	0.008	0.084*	0.111*	s.o.	s.o.	s.o.
3. Usage de tabac	0.030	0.099*		0.120*	0.138*	0.008	0.156*	s.o.	s.o.	s.o.
4. Usage d'alcool	0.046*	0.058*	0.022		0.112*	0.071*	0.097*	s.o.	s.o.	s.o.
5. Drogues illicites	0.061*	-0.037*	0.129	0.069*		0.083*	0.046*	s.o.	s.o.	s.o.
6. Trousse de premiers soins	0.018	0.084*	-0.015	0.075*	0.053*		0.016	s.o.	s.o.	s.o.
7. Petit déjeuner	0.011	0.074*	0.121*	0.037*	0.012	0.046*		s.o.	s.o.	s.o.
8. Examen des seins	0.278*	0.030	0.005	0.069*	0.071*	0.099*	0.002		s.o.	s.o.
9. Auto-examen des seins	0.093*	0.021	0.041	0.083*	0.040*	0.170*	0.036*	0.301*		s.o.
10. Test Pap	0.092*	-0.032	0.117	0.156*	0.047*	0.079*	0.019	0.350*	0.288*	s.o.

*$p < 0.001$
NOTA : Toutes les pratiques sont codées de manière à ce que les bonnes habitudes reçoivent une cote plus élevée. Voir le tableau A pour les définitions.

TABLEAU 2 : **CORRÉLATIONS AJUSTÉES SELON L'ÂGE ENTRE LES BONNES PRATIQUES D'HYGIÈNE ET LES INDICES MASCULINS ET FÉMININS RELATIFS AUX PRATIQUES D'HYGIÈNE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985**

PRATIQUE D'HYGIÈNE	Indices de pratiques d'hygiène	
	Hommes	Femmes
Vérification de la tension artérielle	0.350	0.327
Exercice	0.476	0.370
Usage du tabac	0.517	0.313
Usage de l'alcool	0.488	0.408
Drogues illicites	0.324	0.234
Trousse de premiers soins	0.433	0.417
Petit déjeuner	0.503	0.380
Examen des seins	–	0.548
Auto-examen des seins	–	0.526
Test Pap	–	0.454

– ne s'applique pas aux hommes
NOTA : Toutes les pratiques sont codées de manière à ce que les bonnes habitudes reçoivent une cote plus élevée. Voir le tableau A pour les définitions.

TABLEAU 3 : **DISTRIBUTION DE LA POPULATION SELON LE NOMBRE DE BONNES PRATIQUES D'HYGIÈNE, LE SEXE, L'ÂGE ET LE NIVEAU D'INSTRUCTION, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985**

		Nombre de bonnes pratiques			
	Total (en milliers)	**0-2 (%)**	**3-4 (%)**	**5-6 (%)**	**7 (%)**
HOMMES					
Population totale de 15 ans et plus	9 623	4.5	28.0	53.4	14.1
ÂGE					
15-24	2 203	5.5	23.4	48.6	22.5
25-44	3 994	6.1	31.9	53.0	8.9
45-64	2 371	2.7*	29.8	55.6	11.9
65 et plus	1 054	–	18.3	60.3	20.6
NIVEAU D'INSTRUCTION					
Études primaires	3 458	3.9	33.4	51.6	11.0
Études secondaires	3 781	5.8	27.3	52.5	14.4
Études post-secondaires	2 312	3.4*	21.0	57.3	18.3

		0-4 (%)	**5-6 (%)**	**7-8 (%)**	**9-10 (%)**
FEMMES					
Population totale de 15 ans et plus	9 989	2.0	29.5	44.7	23.8
ÂGE					
15-24	2 130	3.6*	37.2	44.5	14.7
25-44	4 011	1.0*	26.9	46.3	25.7
45-64	2 456	2.7*	23.7	45.0	28.6
65 et plus	1 392	–	35.2	39.8	23.9
NIVEAU D'INSTRUCTION					
Études primaires	3 715	2.7	37.9	42.3	17.2
Études secondaires	4 090	2.3	27.7	45.3	24.7
Études post-secondaires	2 055	–	16.9	47.7	35.3

* forte variabilité d'échantillonnage
– ne peuvent être diffusées
NOTA : Dans l'indice de l'Enquête Promotion Santé, le nombre maximal de bonnes pratiques d'hygiène est 7 pour les hommes et 10 pour les femmes (comprend l'examen des seins, l'auto-examen des seins et le test Pap).

TABLEAU 4 : ÉTAT DE SANTÉ SELON LE NOMBRE DE BONNES PRATIQUES D'HYGIÈNE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985

		Parmi ceux qui ont le nombre suivant de bonnes pratiques :		
	Total	0-4	5-6	7
HOMMES				
Population totale de 15 ans et plus (en milliers)	9 623	3 128	5 141	1 353
« Diriez-vous que votre santé est. . . »				
– excellente (%)	24,9	20,5	25,2	34,1
– très bonne (%)	35,5	33,0	36,4	37,8
– bonne (%)	28,0	31,5	33,3	19,8
– moyenne ou mauvaise (%)	11,6	15,1	10,4	8,4
« De façon générale, diriez-vous que vous êtes une personne. . . »				
– très heureuse (%)	40,8	34,5	40,9	55,3
– assez heureuse (%)	56,2	61,5	56,4	43,3
– pas très heureuse (%)	3,0	4,0	2,8	–

		0-4	7-8	9-10
FEMMES				
Population totale de 15 ans et plus (en milliers)	9 989	3 144	4 464	2 381
« Diriez-vous que votre santé est. . . »				
– excellente (%)	25,0	20,3	25,4	30,5
– très bonne (%)	36,2	35,7	36,5	36,3
– bonne (%)	25,7	27,4	27,1	21,0
– moyenne ou mauvaise (%)	12,9	16,3	11,0	12,1
« De façon générale, diriez-vous que vous êtes une personne. . . »				
– très heureuse (%)	42,9	35,9	44,0	50,3
– assez heureuse (%)	52,1	56,1	52,1	46,8
– pas très heureuse (%)	4,6	6,9	3,8	2,9*

* forte variabilité d'échantillonnage
– ne peuvent être diffusées

14

L'état de santé

O. B. Adams
Division de la santé*
Statistique Canada

Points saillants

- Près de 9 Canadiens sur 10 considèrent que leur santé est bonne, très bonne ou excellente comparativement à celle d'autres personnes de leur âge. Un peu plus d'une personne sur dix juge sa santé moyenne ou mauvaise.
- Les personnes âgées sont plus nombreuses à déclarer être en mauvaise santé. Chez les moins de 45 ans, moins d'une personne sur dix déclare que sa santé est moyenne ou mauvaise; cette proportion passe à environ trois sur dix dans le groupe d'âge des 65 ans et plus.
- Les Canadiens à revenu élevé jouissent d'une meilleure santé. Dans le quintile de revenu le plus élevé, seule une personne sur 20 déclare avoir une santé moyenne ou mauvaise, alors que la proportion est de une sur cinq (21,1 %) dans le quintile de revenu le plus bas.
- Les non-fumeurs sont plus nombreux que les fumeurs à faire état d'une santé excellente. Le pourcentage de personnes qui se disent en excellente santé est deux fois plus élevé chez les non-fumeurs de 15 à 24 ans que chez les fumeurs du même âge.
- On trouve deux fois plus de gens qui font état d'une santé moyenne ou mauvaise chez les adultes obèses que chez les personnes de poids normal.
- Plus de trois millions de Canadiens adultes (16 %) signalent avoir un problème chronique qui les limite dans leur capacité de faire certaines activités, notamment au travail, à la maison ou dans leurs loisirs.
- Ceux qui ont un problème chronique qui les limite dans leurs activités sont environ six fois (39 %) plus nombreux à faire état d'une santé moyenne ou mauvaise que ceux qui n'ont pas d'incapacité semblable (7 %).
- Plus de neuf Canadiens sur dix (96 %) déclarent être généralement « très heureux » ou « assez heureux ».
- Les Canadiens ayant un revenu élevé sont généralement plus heureux que ceux dont le revenu est faible.
- Ceux qui disent avoir beaucoup d'amis sont généralement plus heureux que ceux qui en ont peu.
- Le bonheur est rattaché à l'auto-évaluation de l'état de santé. Une personne sur deux qui se dit en excellente santé se considère très heureuse, alors que la proportion est de un sur cinq chez ceux qui déclarent être en mauvaise santé.
- Les Canadiens qui estiment que leur vie « n'est pas stressante du tout » sont deux fois plus nombreux à affirmer être très heureux que ceux qui jugent leur vie « très stressante ».

* Les idées et opinions exprimées dans ce chapitre sont celles de l'auteur et non pas nécessairement celles de Statistique Canada.

Introduction

Ce chapitre porte sur les niveaux et les facteurs corrélatifs de trois indicateurs de l'état de santé. Le premier indicateur est une auto-évaluation de l'état de santé global. Les répondants se sont vu poser la question suivante : « Comparativement à d'autres personnes de votre âge, diriez-vous que votre santé est en général excellente, très bonne, bonne, moyenne ou mauvaise? » (Q. 1).

Le deuxième indicateur vise à déterminer si le répondant a ou non un problème ou une incapacité chronique qui le limite dans ses activités. La question posée aux répondants était la suivante : « Êtes-vous limité(e) dans le genre ou la quantité d'activités que vous pouvez faire à cause d'une affection physique ou d'un problème de santé chronique? Par « chronique » j'entends qui dure depuis plus de six mois ou qui devrait durer plus de six mois. » (Q. 16). Les répondants qui ont indiqué avoir une incapacité de cet ordre ont dû répondre à une autre question : « Êtes-vous limité(e). . . à la maison, au travail ou à l'école ou dans d'autres circonstances telles que les loisirs ou les déplacements entre la maison et le travail? » (Q. 17). Ainsi, un répondant pourrait signaler une limitation dans les trois catégories d'activité. Pour les besoins de ce chapitre, nous avons regroupé ces deux questions en une variable, avec les catégories suivantes : aucunement limité, limité à la maison seulement, limité au travail ou à l'école, limité uniquement dans « d'autres » activités, limité dans deux activités ou plus, et type de limitation non indiqué.

Si les deux premiers indicateurs peuvent être révélateurs de toute une gamme d'affections ou de problèmes de santé, le troisième se rapporte sans doute davantage à l'état de santé affectif. La question posée était : « De façon générale, affirmeriez-vous que vous êtes une personne . . . très heureuse, assez heureuse ou pas très heureuse? » (Q. 9).

Si ces indices sont essentiellement subjectifs, chacun a été utilisé précédemment dans des enquêtes nationales auprès de ménages au Canada et aux États-Unis[1,2,3,4]. Dans ces enquêtes et dans d'autres sondages de moindre envergure, on a souvent tenté d'établir leur validité, souvent en déterminant s'ils constituent des facteurs de prédiction d'autres situations précises en ce qui concerne la santé. Ainsi, il existerait une forte corrélation entre l'auto-évaluation de l'état de santé et la présence de problèmes de santé précis[5]. De plus, il a été établi que l'auto-évaluation permet de prévoir l'utilisation des services de santé[6] et la mortalité[7,8]. Les données concernant la limitation de l'activité représentent une mesure importante des conséquences de la maladie en ce qui concerne la capacité de mener les activités de la vie courante et de remplir des obligations et rôles sociaux, et c'est sur ces données que reposent plusieurs études sur les tendances observées au Canada et aux États-Unis en ce qui concerne l'état de santé[9,10,11,12,13].

Au nombre des facteurs corrélatifs étudiés figurent les caractéristiques démographiques de l'âge, du sexe, de l'état matrimonial et du revenu et certains facteurs liés à la santé et au mode de vie. En outre, on a tenté d'examiner le lien entre l'auto-évaluation de la santé et le bonheur, d'une part, et le soutien social, d'autre part, ce dernier concept étant mesuré selon le nombre d'amis et la proximité du lien d'amitié.

L'une des limites de l'analyse qui suit tient à ce que la taille de l'échantillon ne permet pas d'établir des sous-catégories d'âge dans le groupe des 65 ans et plus. D'autres études ont montré que l'état de santé et l'utilisation des services médicaux varient énormément à l'intérieur de ce groupe d'âge[10,14]. En outre, le lecteur devrait savoir qu'afin d'assurer l'exactitude des estimations démographiques, nous n'avons pas normalisé les données pour des variables telles que l'âge, le sexe et le niveau d'instruction lorsque nous avons présenté, par exemple, les comparaisons interprovinciales. Cette absence de normalisation ne devrait cependant pas avoir de graves conséquences, ainsi que nous l'expliquons à l'annexe A.

Auto-évaluation de l'état de santé

Variations selon les groupes de répondants

Près de neuf Canadiens sur dix (88 %) déclarent que leur santé est bonne, très bonne ou excellente comparativement à celle d'autres personnes de leur âge (tableau 1). La plus forte proportion de gens (36 %) se disent en « très bonne » santé, et une personne sur quatre jouirait d'une excellente santé. Un peu plus d'une personne sur dix (12 %) affirme que sa santé est soit « moyenne », soit « mauvaise ». Dans l'ensemble, on note très peu de différence entre hommes et femmes sur le plan de l'état de santé.

Les écarts sont par contre importants d'une catégorie d'âge à l'autre. Ainsi, chez les moins de 45 ans, moins d'un Canadien sur dix déclare que son état de santé est « moyen » ou « mauvais ». Cette proportion est de deux sur dix dans le groupe d'âge des 45 à 64 ans, et presque de trois sur dix chez les gens âgés de 65 ans et plus. Les différences entre les sexes se manifestent avec l'âge, en ce sens que 29 % des femmes de 65 ans et plus affirment que leur santé est « moyenne » ou « mauvaise » comparativement à 24 % des hommes. Les femmes âgées de 25 à 44 ans et les hommes âgés de 25 à 34 ans sont les groupes dans lesquels on trouve la plus forte proportion de gens qui se disent en excellente santé (tableau 1 et figure A).

Selon les études antérieures, c'est chez les gens mariés, et ensuite chez ceux qui n'ont jamais été mariés que les taux de mortalité sont les plus faibles[16]. On a noté des taux de mortalité bien plus élevés chez les veufs et veuves et chez les divorcé(e)s. En outre, l'écart selon l'état matrimonial est plus accentué chez les hommes que chez les femmes. Une raison qui est souvent invoquée pour expliquer ce genre de constatation est que l'état matrimonial est une mesure de l'intégration sociale, et que ceux qui sont mariés sont plus susceptibles d'avoir un groupe de parents et d'amis avec

lesquels ils ont des contacts réguliers. Le tableau 2 montre la relation qui existe entre l'état matrimonial et l'auto-évaluation de la santé.

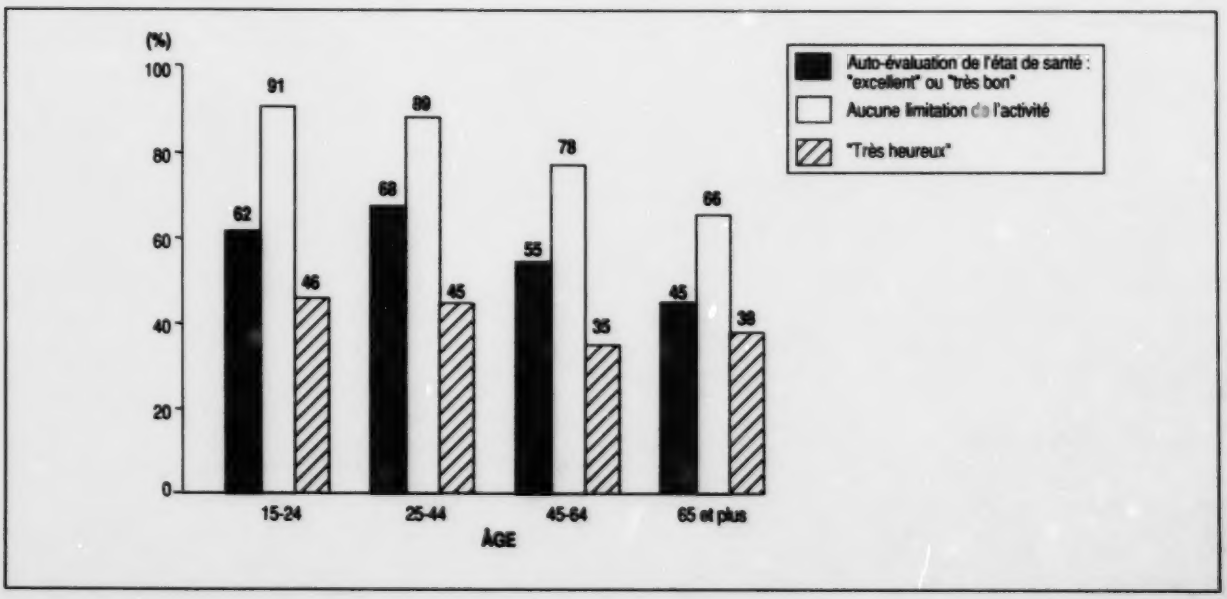
Il existe sur le plan de l'état de santé des différences infimes entre les hommes et les femmes, qu'ils soient mariés, n'aient jamais été mariés ou qu'ils soient séparés ou divorcés. Le groupe de ceux qui n'ont jamais été mariés est celui dans lequel la proportion de ceux qui déclarent que leur santé est moyenne ou mauvaise est la plus faible, conclusion qui s'explique sans doute par le fait que les membres de ce groupe sont jeunes. Les veufs et les veuves sont deux fois plus nombreux à déclarer que leur santé est moyenne ou mauvaise par rapport à l'ensemble de la population, et cet écart est vraisemblablement attribuable à l'âge dans une large mesure. La différence entre hommes et femmes est la plus marquée dans ce groupe; en effet, près de trois veuves sur dix disent avoir une santé moyenne ou mauvaise, alors que la proportion est deux sur dix chez les veufs.

Le tableau 3 porte sur les écarts entre les provinces dans l'auto-évaluation de l'état de santé. De manière générale, les gens se portent mieux dans les provinces du centre et de l'ouest du Canada. C'est au Nouveau-Brunswick (17 %), en Nouvelle-Écosse (16 %) et en Saskatchewan (14 %) qu'on relève les plus forts pourcentages de gens qui décrivent leur santé comme moyenne ou mauvaise, cette dernière province faisant exception à la tendance générale. Bien que le Québec arrive au quatrième rang à cet égard, c'est aussi la province qui compte la plus forte proportion de gens qui se disent en excellente santé (30 %).

S'il est vrai que l'état de santé des gens s'est considérablement amélioré dans la plupart des pays industrialisés au cours de ce siècle, quantité de recherches ont montré que des inégalités sociales demeurent, que le critère choisi soit le revenu, la profession ou le niveau d'instruction[17], et dans certains cas, elles se sont même accentuées. Des études réalisées au Canada ont fait ressortir une corrélation positive entre le niveau de revenu et l'état de santé et la longévité[10,18]. Le tableau 4 met en relief la relation qui existe entre l'état de santé et le quintile de revenu et ce, pour tous les groupes d'âge.

L'état de santé s'améliore nettement avec le niveau de revenu. Ainsi, dans le quintile de revenu le plus élevé, un répondant sur 20 fait état d'une santé moyenne ou mauvaise, alors que la proportion est de un sur cinq dans le quintile le plus bas. Cet état de choses s'explique dans une certaine mesure par le fait que les personnes âgées (65 ans et plus) ont généralement un revenu moins élevé; elles sont fortement sur-représentées (36 %) dans le quintile de revenu le plus bas. Il reste toutefois que si l'on analyse les données selon le groupe d'âge, le lien entre le revenu et l'état de santé demeure aussi étroit. Si l'on peut voir clairement la relation qui existe entre ces deux réalités, il est cependant impossible de déterminer dans quel sens s'opère

FIGURE A : **POURCENTAGE DE LA POPULATION SIGNALANT LES INDICATEURS CHOISIS DE L'ÉTAT DE SANTÉ, SELON L'ÂGE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985**



le lien de causalité à partir de ces données transversales. Ainsi, s'il est possible que des revenus plus élevés assurent des conditions de vie meilleures qui, à leur tour, permettent une meilleure santé, il est également possible qu'une mauvaise santé diminue la capacité de travailler et, partant de gagner un revenu.

Le tabac et le poids

À l'heure actuelle, dans l'ensemble de la population, les fumeurs sont un peu moins nombreux que les non-fumeurs à déclarer être en excellente santé (21 % contre 27 %) (tableau 5). C'est chez les plus jeunes et les plus âgés que les écarts entre fumeurs et non-fumeurs sont le plus marqués en ce qui concerne l'évaluation de l'état de santé.

La proportion de gens qui se disent en excellente santé est deux fois plus élevée chez les non-fumeurs âgés de 15 à 24 ans (29 %) que chez les fumeurs du même âge (13 %). Chez les plus âgés, les fumeurs sont plus portés à déclarer être en mauvaise santé, les fumeurs de 65 ans et plus étant deux fois plus nombreux que les non-fumeurs à faire état d'une mauvaise santé (15 % contre 7 %, chiffres non indiqués). L'importance de l'écart observé chez les répondants plus âgés semble indiquer que le lien entre la mauvaise santé et la consommation de tabac évolue au cours d'une vie.

Dans le tableau 6, l'état de santé est examiné en fonction de l'Indice de masse corporelle (IMC). Cet indice, étudié de manière plus détaillée au chapitre 11 qui traite de la nutrition, vise à permettre de classer le poids d'un individu par rapport à sa taille. Les études longitudinales réalisées précédemment ont montré qu'il y a une surmortalité parmi les personnes qui sont trop maigres de même que chez celles qui font de l'embonpoint, les risques les plus élevés étant observés chez celles qui font de l'embonpoint[19]. Cette même tendance s'applique à l'auto-évaluation de l'état de santé, comme l'indique le tableau 6. Dans l'ensemble, les obèses sont deux fois plus nombreux (20 %) à faire état d'une santé moyenne ou mauvaise que les personnes de poids normal (10 %). Ce rapport existe peu importe l'âge, et il est le plus évident dans le groupe d'âge des 25 à 44 ans. Dans la catégorie des 45 ans et plus, la proportion de ceux qui affirment avoir une santé moyenne ou mauvaise est plus élevée chez ceux qui sont trop maigres que chez les gens de poids normal. Étant donné que chez les personnes obèses ou trop maigres le risque d'être en mauvaise santé est plus marqué dans les groupes d'âge avancé, on serait porté à croire que ce rapport évolue sur une longue période.

Efforts en vue d'améliorer la santé

La question posée était la suivante : « Quelle est la chose la plus importante que vous avez faite au cours de la dernière année pour améliorer votre santé? » (Q. 106). La majorité des répondants, quel que soit leur état de santé, ont déclaré avoir fait des efforts afin d'améliorer leur santé au cours de l'année précédente (tableau 7). Ceux qui font état d'une mauvaise santé sont plus nombreux (dans une proportion de 7 %) à déclarer n'avoir « rien » fait pour améliorer leur santé comparativement à ceux qui jouissent d'une excellente santé. En outre les premiers sont souvent limités dans leur capacité de faire des efforts pour améliorer leur santé. Il suffit pour s'en convaincre d'examiner les types d'efforts entrepris par les répondants pour améliorer leur état de santé. Près d'une personne sur trois qui se déclare en excellente ou en très bonne santé signale un accroissement du niveau d'activité physique, alors que la proportion est de moins d'une personne sur cinq parmi ceux dont l'état de santé est moyen ou mauvais. La proportion des gens qui ont eu recours à des traitements médicaux comme moyen d'améliorer leur état de santé est beaucoup plus élevée chez ceux qui déclarent avoir une mauvaise santé (23 %) que dans l'ensemble de la population (4 %). La proportion des répondants qui affirment n'avoir rien fait pour améliorer leur santé croît de manière constante à mesure que l'on avance dans les catégories successives d'âge : de 26 % dans le groupe des 15 à 24 ans, elle passe à 52 % dans le groupe des 65 ans et plus (données non indiquées). Cette différence tient surtout au fait que le groupe des répondants âgés a moins tendance à signaler une augmentation de l'activité physique.

Limitation de l'activité

La partie de l'Enquête Promotion Santé qui a trait à la limitation de l'activité avait pour objet de déterminer dans quelle mesure les problèmes liés à la santé limitent la capacité de mener les activités « primordiales » de la vie courante, afin d'offrir une estimation de la prévalence des incapacités chroniques dans la population.

Variations selon les groupes de répondants

Le tableau 8 donne un aperçu de la limitation de l'activité selon l'âge et le sexe. La proportion de gens qui ont des incapacités de ce genre augmente de façon constante après l'âge de 35 ans, pour atteindre un sur trois chez les Canadiens de 65 ans et plus (figure A). Il n'y a pas de différences entre hommes et femmes jusqu'à l'âge de 54 ans. Après cet âge, les écarts deviennent plus marqués. Trois hommes canadiens sur dix, âgés de 65 ans et plus sont dans une certaine mesure limités dans leurs activités (31 %), alors que le rapport est d'environ quatre sur dix chez les femmes (37 %). En outre, le degré de limitation est généralement plus élevé chez les personnes de 65 ans et plus. En effet, dans ce groupe d'âge, un Canadien sur cinq déclare être limité dans deux activités ou plus.

Limitation de l'activité et auto-évaluation de l'état de santé

Il existe une forte corrélation entre les limites sur le plan des activités et l'auto-évaluation de la santé (tableau A). La proportion de ceux qui signalent un état de santé moyen ou mauvais est six fois plus élevée chez ceux qui ont des limites semblables que chez

ceux qui ne sont pas limités dans leurs activités. La différence est encore plus marquée dans la population qui se dit limitée dans deux activités ou plus, où près d'un répondant sur quatre affirme avoir une mauvaise santé, alors que le rapport est de moins d'une personne sur 100 chez ceux qui n'ont aucune limitation de cet ordre. C'est parmi ceux qui sont limités dans deux activités ou plus que la proportion de gens qui se disent en excellente santé est la moins élevée; elle y est en effet de 7 % alors qu'elle s'élève à 28 % dans le groupe de ceux qui ne sont pas limités dans leurs activités.

Santé affective

La santé affective ou mentale est mesurée ici au moyen d'une seule question qui vise à déterminer si le répondant s'estime dans l'ensemble « très heureux » ou « pas très heureux ».

Variations selon les groupes de répondants

La quasi-totalité des Canadiens adultes (96 %) se disent généralement « très heureux » ou « assez heureux »; à peine 4 % affirment ne pas être très heureux (tableau 9). Le degré de bonheur diminue avec l'âge, la proportion de gens qui se disent très heureux étant de 8 % plus élevée chez les personnes âgées de 15 à 24 ans que dans le groupe d'âge des 65 ans et plus (figure A). Par ailleurs, le pourcentage de gens qui ne sont pas très heureux est trois fois plus grand chez les gens de 65 ans et plus que chez ceux de 15 à 24 ans, bien que cela représente en fait à peine une personne sur dix. Les différences entre hommes et femmes sont sur ce plan infimes, et elles se situent surtout dans les groupes d'âge extrêmes. Dans le groupe des 15 à 24 ans, la proportion des gens qui sont très heureux est de 7 % plus élevée chez les femmes que chez les hommes, alors que c'est le phénomène complètement inverse que l'on observe dans le groupe des 65 ans et plus. En effet, c'est chez les femmes de plus de 65 ans que l'on trouve la plus forte proportion de personnes (9 %) qui ne se disent pas très heureuses, par rapport à n'importe quel autre groupe.

Il existe un lien positif très net entre l'auto-évaluation du bonheur et le niveau de revenu. En effet, un répondant sur deux qui se situe dans la catégorie de revenu la plus élevée (51 %) se dit très heureux, contre un sur trois dans la catégorie la plus faible (33 %). Le taux de gens qui déclarent ne pas être très heureux est de 3 à 7 fois plus élevé dans la catégorie de revenu la plus faible que dans toute autre catégorie de revenu, bien que ce chiffre demeure négligeable (6 %) (tableau 9).

Si les recherches antérieures ont montré que l'état de santé se détériore de catégorie en catégorie, celles-ci étant classées comme suit, personnes mariées et personnes jamais mariées, veufs et veuves et divorcés, le tableau 10 indique toutefois que la question du bonheur divise clairement la population en deux catégories. Plus de quatre personnes mariées ou jamais mariées sur dix se disent très heureuses, alors que le rapport est moins de trois sur dix chez les veufs et veuves, les gens séparés et les divorcés. La proportion de gens qui ne se disent pas très heureux est presque quatre fois plus élevée dans cette dernière catégorie que chez les gens qui sont mariés ou qui ne l'ont jamais été. Quel que soit l'état matrimonial, les femmes se disent plus souvent très heureuses que les hommes, exception faite des gens séparés ou divorcés.

Soutien social

L'état matrimonial est souvent considéré comme une forme de soutien social. On peut obtenir une mesure plus explicite du phénomène à partir de deux questions qui traitent des relations sociales dans le questionnaire. La première (Q. 66) est la suivante : « Environ combien de personnes, y compris votre parenté entrent dans votre cercle d'ami(e)s, c'est-à-dire dans le

TABLEAU A : **DISTRIBUTION DE LA POPULATION SELON L'AUTO-ÉVALUATION DE L'ÉTAT DE SANTÉ ET LA LIMITATION DE L'ACTIVITÉ, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985**

		Parmi ceux qui ont les limitations suivantes :						
	Total	Aucune limitation	Une certaine limitation	Limitation à la maison	Limitation au travail / à l'école	Autre type de limitation	Limitation de deux activités ou plus	Type de limitation non-indiqué
Population (en milliers)	19 611	16 423	3 188	345	102	804	1 495	397
ÉTAT DE SANTÉ								
Excellent (%)	25,0	28,1	8,8	7,6*	21,4*	12,7	6,5	7,9*
Très bon (%)	35,8	38,5	21,3	20,5	20,5*	25,8	17,2	28,7
Bon (%)	26,9	26,3	30,2	19,1*	20,3*	39,4	24,9	43,6
Moyen (%)	9,3	6,4	24,4	30,7	33,7*	20,0	26,6	17,1*
Mauvais (%)	3,0	0,6	15,2	22,0	–	–	24,8	–

* forte variabilité d'échantillonnage
– ne peuvent être diffusées

groupe de personnes que vous fréquentez régulièrement? » Les réponses ont été classées dans les catégories 0-8, 9-19, 20 et plus. La seconde (Q. 71) était ainsi formulée : « Parmi votre entourage, combien estimez-vous avoir d'ami(e)s intimes, c'est-à-dire des personnes auxquelles vous pouvez vous adresser en cas de besoin d'aide ou de difficulté? » Les réponses étaient classées comme suit : aucune ou quelques-unes (« quelques-unes » au tableau 10) et la moitié ou plus (« la plupart ou toutes » au tableau 10).

On observe un rapport positif entre le nombre d'amis et le degré de bonheur. Dans l'ensemble, près d'une personne sur deux qui déclare avoir 20 amis ou plus (47 %) se considère très heureuse. Cette proportion est de 13 % plus élevée que celle qu'on relève chez les gens qui comptent huit amis ou moins (tableau 10).

Le nombre d'amis semble plus important que la proportion de gens jugés « intimes » dans l'entourage. Dans l'ensemble, la proportion de gens qui se disent très heureux n'est que de 5 % plus élevée chez ceux qui considèrent la plupart de leurs connaissances comme des amis intimes, par rapport à ceux qui n'ont aucun ami intime. Par contre, l'écart est marqué (10 %) dans le cas de ceux qui ont 20 amis ou plus, lorsque la plupart sont intimes.

Autres mesures de l'état de santé

Selon les résultats de plusieurs études, l'état de santé est un facteur déterminant de la qualité de vie générale. Il suffit pour s'en convaincre de noter la corrélation positive entre le degré de bonheur général et l'auto-évaluation de l'état de santé (tableau B). Trois personnes sur dix qui déclarent avoir une mauvaise santé ne s'estiment « pas très heureuses », alors que le pourcentage est de moins de 4 % dans l'ensemble de la population. De même, plus d'une personne sur deux qui déclare être en excellente santé (56 %) se dit « très heureuse », comparativement à une sur cinq (21 %) chez les gens dont la santé est mauvaise.

On observe une corrélation analogue entre le bonheur et la limitation de l'activité, bien que les différences ne soient pas aussi marquées (tableau C). Quarante-quatre pour cent de ceux qui affirment n'avoir aucune limitation sur le plan de l'activité se disent très heureux, alors que cette proportion n'est que de 29 % chez ceux qui font état d'une limitation quelconque. Ce sont surtout les gens limités dans leurs activités à la maison qui ne sont pas très heureux (un sur cinq ou 19 %).

TABLEAU B : **DISTRIBUTION DE LA POPULATION SELON LE DEGRÉ DE BONHEUR ET L'AUTO-ÉVALUATION DE L'ÉTAT DE SANTÉ, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985**

		Parmi ceux qui signalent un état de santé :				
	Total	Excellent	Très bon	Bon	Moyen	Mauvais
Population (en milliers)	19 611	4 896	7 024	5 268	1 826	583
DEGRÉ DE BONHEUR						
Très heureux (%)	41,9	55,8	46,7	31,8	22,1	20,7
Assez heureux (%)	54,1	42,9	50,7	64,6	69,0	49,0
Pas très heureux (%)	3,8	1,2*	2,3	3,5	8,8	30,3

* forte variabilité d'échantillonnage

TABLEAU C : **DISTRIBUTION DE LA POPULATION SELON LE DEGRÉ DE BONHEUR ET LA LIMITATION DE L'ACTIVITÉ, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985**

		Parmi ceux qui ont les limitations suivantes :						
	Total	Aucune limitation	Une certaine limitation	Limitation à la maison	Limitation au travail / à l'école	Autre type de limitation	Limitation de deux activités ou plus	Type de limitation non-indiqué
Population (en milliers)	19 611	16 423	3 143	345	102	804	1 495	397
DEGRÉ DE BONHEUR								
Très heureux (%)	41,9	44,3	29,7	25,2	19,8*	39,7	25,0	33,5
Assez heureux (%)	54,1	53,0	60,4	55,8	76,3	55,4	62,6	62,0
Pas très heureux (%)	3,8	2,6	9,9	19,0	–	4,9*	12,3	–

* forte variabilité d'échantillonnage
– ne peuvent être diffusées

Exposition au stress

Au cours des dernières années, le stress, concept qui renvoie à la complexité, au rythme trépidant et aux changements qui caractérisent la vie contemporaine, a été associé à une foule de problèmes de santé. La question posée à cet égard par l'Enquête Promotion Santé était la suivante : « Décririez-vous votre vie comme . . . très stressante, assez stressante, pas très stressante, pas stressante du tout? » (Q. 10).

Le tableau 11 montre que la population se divise assez également entre la catégorie des stressés et la catégorie des non stressés. Moins d'un Canadien sur dix considère avoir un mode de vie très stressant.

On note une forte corrélation négative entre le stress et le degré de bonheur (tableau 11). Quinze pour cent de ceux qui ont une vie très stressante disent ne pas être très heureux, alors que cette opinion est partagée seulement par moins de 2 % de ceux qui mènent une vie absolument pas stressante. Par contre, la proportion de gens qui se disent très heureux est deux fois plus élevée parmi ceux qui ont une vie absolument pas stressante (62 %) que parmi ceux dont la vie est très stressante (33 %). Il existe aussi une corrélation négative entre le niveau perçu de stress et l'auto-évaluation de l'état de santé. La proportion de gens qui disent avoir une santé moyenne ou mauvaise est presque deux fois plus élevée chez ceux qui ont une vie « très stressante » (20 %) que chez ceux dont la vie n'est « pas stressante du tout » (12 %).

Analyse

Comparaison avec d'autres sources

Bien que la présence d'une limitation de l'activité ait été déterminée à l'aide d'une série de questions plus complète dans l'Enquête Santé Canada[3], les approches utilisées tant dans celle-ci que dans l'Enquête Promotion Santé sont analogues, d'où la possibilité d'établir des comparaisons (tableau 12).

La proportion de la population qui fait état d'une limitation de l'activité a dans l'ensemble légèrement augmentée depuis 1978-1979. Ce phénomène a été observé surtout chez les femmes, en particulier les plus jeunes. L'augmentation la plus importante s'applique au groupe de femmes de 35 à 44 ans, où la proportion est passée d'une sur dix en 1978 à près d'une sur cinq en 1985. Par contre, les changements les plus marqués chez les hommes sont des diminutions observées dans les groupes d'âge des 55 à 64 ans et des 65 ans et plus. En effet, comparativement à 1978, la proportion d'hommes âgés de 65 ans et plus qui a signalé une limitation de l'activité a diminué de près de 10 %.

Une comparaison avec l'enquête nationale sur la santé menée aux États-Unis en 1983[2] indique que le pourcentage des gens qui déclarent être limités dans leurs activités est plus faible au Canada qu'il ne l'est aux États-Unis. Près de 18 % des Américains âgés de 18 ans et plus ont signalé une limitation de ce genre, alors que ce chiffre atteignait 40 % chez les personnes âgées de 65 ans et plus.

La question qui a trait au bonheur dans la présente enquête est très semblable à celle qui était posée en 1978-1979 dans l'Enquête Santé Canada[3]. À l'époque, la majorité de la population âgée de 15 ans et plus s'estimait assez heureuse ou très heureuse (80 %) alors qu'une personne sur dix (9 %) n'était pas très heureuse. En outre, 7 % des réponses faisaient partie de la catégorie « je l'ignore ». Ainsi, si l'on compare ces résultats à ceux de l'Enquête Promotion Santé, on constate que les Canadiens sont un peu plus nombreux à se déclarer heureux en 1985, par contre, il est impossible à partir des données disponibles, d'en conclure que la tendance est à la baisse.

Bien que ces trois indicateurs de l'état de santé semblent indiquer que la majorité de Canadiens jouissent d'une bonne santé, il reste néanmoins des défis à relever en matière de programmes de santé au cours des décennies à venir.

Défis

Tout d'abord, il semble qu'il existe toujours des inégalités sociales marquées sur le plan de l'état de santé au Canada comme dans d'autres pays, ainsi que l'indique la forte corrélation entre le quintile de revenu des ménages et l'auto-évaluation de l'état de santé, indépendamment de l'âge.

Deuxièmement, on note toujours sur ce même plan, des disparités entre les provinces. Bien que les niveaux de revenus puissent expliquer une partie de ces inégalités, il existe néanmoins d'autres facteurs difficiles à cerner.

Le tableau 13 présente les comparaisons interprovinciales concernant d'autres mesures de l'état de santé : l'espérance de vie à la naissance[20]; le pourcentage de l'ensemble de la population ayant un problème chronique qui limite les activités[21], d'après l'Enquête Santé Canada; et le pourcentage de la population âgée de 15 ans et plus qui souffre d'une incapacité, d'après l'Enquête sur la santé et l'incapacité au Canada, 1983-1984[22]. S'il y a certaines exceptions à la règle, ces autres indicateurs font apparaître un tableau régional qui recoupe celui des auto-évaluations de l'état de santé[23]. L'intégration du facteur « espérance de vie » met en relief deux différences intéressantes. En 1981, la Saskatchewan arrivait au troisième rang pour ce qui est de l'espérance de vie chez les hommes comme chez les femmes, alors que c'est la province où la proportion de la population qui signale une incapacité et un état de santé moyen ou mauvais est la plus élevée. Inversement, au Québec l'espérance de vie moyenne des hommes comme des femmes en 1981 était plus faible par rapport aux autres régions du Canada; pourtant c'est aussi la province où la proportion de la population qui est limitée dans ses activités ou qui souffre d'une incapacité physique est la plus faible.

Troisièmement, la promotion de la santé devra élargir ses assises conceptuelles. La diminution des risques continuera d'avoir une place de choix, si l'on en juge par les conclusions qui ressortent du chapitre sur l'état de santé concernant le tabagisme et le poids (et, du chapitre 12, concernant l'exercice).

Il reste que les concepts de stress et de soutien social, tels qu'ils ont été mesurés dans le cadre de cette enquête, sont évidemment liés à l'état de santé et doivent être inclus dans une stratégie de promotion de la santé qui a pour ambition d'exercer un effet bénéfique sur l'état de santé de la population.

Bibliographie

1. **National Center for Health Statistics**. *Health, United States 1985*. Washington, D.C., U.S. Department of Health and Human Services (publ. no PHS 85-1232), 1985.

2. **National Center for Health Statistics**. *Current Estimates from the National Health Interview Survey: United States, 1983. Vital and Health Statistics*, sér. 10, no 154 (1986). Washington, D.C., U.S. Department of Health and Human Services.

3. **Santé et Bien-être social Canada et Statistique Canada**. *La santé des Canadiens : rapport de l'Enquête Santé Canada*. Ottawa, Ministre des Approvisionnements et Services Canada (no de catalogue 82-538F), 1981.

4. **T. Stephens**. *Condition physique et mode de vie au Canada*. Ottawa, Enquête Condition physique Canada, 1983.

5. **T. Atkinson** *et al*. *Physical Status and Perceived Health Quality*. Toronto, Institute for Behavioural Research, York University, 1980.

6. **M. Weinberger** *et al*. « Self-rated health as a predictor of hospital admission and nursing home placement in elderly public housing tenants ». *American Journal of Public Health*, vol. 76 (1986), p. 457-459.

7. **G.A. Kaplan et T. Camacho**. « Perceived health and mortality: a nine-year follow-up of the Human Population Laboratory Cohort ». *American Journal of Epidemiology*, vol. 117 (1983), p. 292-304.

8. **J.M. Mossey et E. Shapiro**. « Self-rated health: a predictor of mortality among the elderly ». *American Journal of Public Health*, vol. 72 (1982), p. 800-808.

9. **R. W. Wilson et T.F. Drury**. « Interpreting Trends in Illness and Disability: Health Statistics and Health Status ». *Annual Review of Public Health*, vol. 5 (1984), p. 83-106.

10. **R. Wilkins et O.B. Adams**. *Healthfulness of Life*. Montréal, Institut de recherches politiques, 1983.

11. **A. Colvez et M. Blanchet**. « Potential gains in life expectancy free of disability: a tool for health planning ». *International Journal of Epidemiology*, vol. 12 (1983), p. 224-229.

12. **National Center for Health Statistics**. *Charting the Nation's Health: Trends Since 1960*. Washington, D.C., U.S. Department of Health and Human Services, 1985.

13. **L.M. Verbrugge**. « Longer life but worsening health? Trends in health and mortality of middle-aged and older persons ». *Milbank Memorial Fund Quarterly*, vol. 62 (1984), p. 475-519.

14. **N.P. Roos** *et al*. « Aging and the demand for health services: Which aged and whose demand? » *Gerontologist*, vol. 24 (1984), p. 31-36.

15. **Enquête Condition physique Canada**. Compilation inédite.

16. **O.B. Adams et D.N. Nagnur**. *Mariage, divorce et mortalité : analyse des tables de mortalité, Canada, 1975-1977*. Ottawa, Ministre des Approvisionnements et Services Canada (no de catalogue 84-536), 1981.

17. *Report of the Working Group on Inequalities in Health. (The Black Report)*. London, Mimeo, 1980.

18. **D.T. Wigle et Y. Mao**. *Mortalité en milieu urbain au Canada selon le niveau de revenu*. Ottawa, Santé et Bien-être social Canada, 1980.

19. **E.A. Lew et L. Garfinkel**. « Variations in mortality by weight among 750,000 men and women ». *Journal of Chronic Diseases*, vol. 32 (1979), p. 563-576.

20. **Statistique Canada**. *Tables de mortalité, Canada et provinces, 1980-1982*. Ottawa, Ministre des Approvisionnements et Services Canada (no de catalogue 84-532), 1984.

21. **Enquête Santé Canada**. Compilation inédite.

22. **Statistique Canada et Secrétariat d'État du Canada**. *Rapport de l'Enquête sur la santé et l'incapacité au Canada, 1983-1984*. Ottawa, Ministre des Approvisionnements et Services Canada (no de catalogue 82-555), 1986.

23. **B.D. McPherson et J.E. Curtis**. *Différences entre les habitudes d'activité physique des Canadiens adultes selon les régions et les types de collectivité*. Ottawa, Enquête Condition physique Canada, 1986.

TABLEAU 1 : **AUTO-ÉVALUATION DE L'ÉTAT DE SANTÉ, SELON LE SEXE ET L'ÂGE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985**

		« Comparativement à d'autres personnes de votre âge, diriez-vous que votre santé est en général. . . »				
	Total (en milliers)	Excellente (%)	Très bonne (%)	Bonne (%)	Moyenne (%)	Mauvaise (%)
Population totale de 15 ans et plus	19 611	25.0	35.8	26.9	9.3	3.0
Hommes	9 623	24.9	35.5	28.0	8.8	2.8
Femmes	9 989	25.0	36.2	25.7	9.8	3.2
ÂGE						
15-24	4 333	23.2	38.7	32.2	5.5	–
H	2 203	22.9	39.4	32.7	4.8	–
F	2 130	23.6	38.0	31.6	6.3	–
25-34	4 476	30.6	39.5	22.8	6.2	0.8*
H	2 225	31.2	36.8	24.7	6.8	–
F	2 250	30.1	42.2	21.0	5.6	1.0*
35-44	3 529	25.2	41.3	25.9	6.6	1.0*
H	1 769	19.7	44.0	29.8	5.2	1.3*
F	1 760	30.7	38.5	22.0	8.0	–
45-54	2 520	26.9	33.1	22.7	12.3	4.9
H	1 263	27.4	30.0	24.5	13.3	4.9*
F	1 257	26.5	36.3	20.9	11.3	5.0*
55-64	2 306	20.4	28.4	29.7	14.1	7.1
H	1 108	23.2	24.9	29.6	13.5	8.9
F	1 199	17.9	31.6	29.8	14.6	5.5*
65 et plus	2 446	19.7	25.8	27.9	18.1	8.4
H	1 054	23.5	27.6	25.3	17.6	6.0*
F	1 392	16.8	24.5	29.9	18.5	10.3

* forte variabilité d'échantillonnage
– ne peuvent être diffusées

TABLEAU 2 : AUTO-ÉVALUATION DE L'ÉTAT DE SANTÉ, SELON LE SEXE ET L'ÉTAT MATRIMONIAL, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985

		« Comparativement à d'autres personnes de votre âgre, diriez-vous que votre santé est en général. . . »				
	Total (en milliers)	Excellente (%)	Très bonne (%)	Bonne (%)	Moyenne (%)	Mauvaise (%)
Population totale de 15 ans et plus	19 611	25.0	35.8	26.9	9.3	3.0
Hommes	9 623	24.9	35.5	28.0	8.8	2.8
Femmes	9 989	25.0	36.2	25.7	9.8	3.2
ÉTAT MATRIMONIAL						
Marié(e)	12 074	25.3	36.1	25.6	9.7	3.2
H	5 984	24.2	34.9	27.3	10.1	3.6
F	6 089	26.4	37.3	23.9	9.4	2.9
Célibataire	5 327	24.5	38.0	29.7	6.5	1.3*
H	2 972	25.1	37.4	30.8	5.5	1.3*
F	2 354	23.9	38.7	28.3	7.7	1.4*
Veuf / veuve	1 189	22.1	25.6	26.9	17.1	8.2
H	247	33.0	26.7	22.3*	13.9*	–
F	943	19.3	25.3	28.2	18.0	9.2
Séparé(e) / divorcé(e)	1 017	26.6	33.4	27.0	10.3	2.7*
H	418	29.4	35.1	22.5	12.1*	–
F	599	24.6	32.3	30.1	9.0*	4.0*

* forte variabilité d'échantillonnage
– ne peuvent être diffusées

TABLEAU 3 : AUTO-ÉVALUATION DE L'ÉTAT DE SANTÉ, PAR PROVINCE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985

		« Comparativement à d'autres personnes de votre âge, diriez-vous que votre santé est en général. . . »				
	Population (en milliers)	Excellente (%)	Très bonne (%)	Bonne (%)	Moyenne (%)	Mauvaise (%)
Canada	19 611	25.0	35.8	26.9	9.3	3.0
Terre-Neuve	423	20.6	43.3	24.4	8.5	3.2*
Î.-P.-É.	96	18.8	43.7	25.8	9.7	2.0*
Nouvelle-Écosse	681	16.4	37.9	29.8	13.0	2.9*
Nouveau-Brunswick	544	19.0	32.9	31.2	13.5	3.3*
Québec	5 148	30.1	32.9	23.6	9.7	3.8*
Ontario	7 096	24.7	37.3	26.9	8.3	2.8*
Manitoba	818	21.3	36.3	30.5	9.6	2.2*
Saskatchewan	759	18.1	37.6	30.2	11.5	2.6*
Alberta	1 762	22.3	38.1	27.7	8.5	3.2
C.-B.	2 267	25.0	33.5	29.8	9.5	2.0*
Yukon	17	26.0	37.4	28.7	5.7	–

* forte variabilité d'échantillonnage
– ne peuvent être diffusées

TABLEAU 4 : **AUTO-ÉVALUATION DE L'ÉTAT DE SANTÉ SELON LE REVENU ET L'ÂGE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985**

			« Comparativement à d'autres personnes de votre âge, diriez-vous que votre santé est en général. . . »				
		Population (en milliers)	Excellente (%)	Très bonne (%)	Bonne (%)	Moyenne (%)	Mauvaise (%)
Tous les âges		19 611	25,0	35,8	26,9	9,3	3,0
	15-24	4 333	23,3	38,7	32,2	5,5	–
	25-44	8 005	28,2	40,3	24,2	6,4	0,9*
	45-64	4 827	23,8	30,9	26,1	13,1	6,0
	65 et plus	2 446	19,7	25,8	27,9	18,1	8,4
QUINTILE DE REVENU							
Inférieur	Total	2 826	18,7	29,5	30,6	14,4	6,7
	15-24	612	25,0	33,3	34,5	6,5*	–
	25-44	723	21,1	36,7	27,7	11,6	–
	45-64	626	12,7	24,2	31,7	16,2	15,3
	65 et plus	865	16,8	24,8	29,5	20,9	8,1*
Deuxième	Total	2 437	23,1	40,3	27,0	6,8	2,8*
	15-24	357	18,4*	51,4	23,1	7,1*	–
	25-44	1 186	25,7	43,5	25,4	4,7*	–
	45-64	666	20,9	30,6	34,1	8,8*	5,6*
	65 et plus	228	23,8*	34,1	20,0*	11,9*	10,2*
Troisième	Total	2 614	26,5	39,4	23,1	10,3	–
	15-24	350	28,4	43,0	24,5	–	–
	25-44	1 527	26,9	40,9	22,0	9,5	–
	45-64	643	26,2	34,9	22,5	15,4	–
	65 et plus	95	–	31,3*	41,0*	–	–
Quatrième	Total	2 179	28,4	34,5	29,2	5,4	2,4*
	15-24	349	26,5	22,8	46,5	–	–
	25-44	1 347	28,8	38,2	28,4	4,1*	–
	45-64	417	28,1	32,8	17,1	11,4*	10,6*
	65 et plus	67	33,0*	31,8*	30,2*	–	–
Supérieur	Total	2 513	30,4	43,6	21,1	3,8*	1,1*
	15-24	348	22,7	51,9	20,2	–	–
	25-44	1 433	31,3	45,9	19,2	2,6*	–
	45-64	673	31,6	34,0	27,0	6,5*	–
	65 et plus	59	37,3*	50,7*	–	–	–
Je l'ignore / pas de réponse	Total	7 042	24,5	33,1	28,0	11,0	3,2
	15-24	2 317	22,3	37,9	33,7	5,7	–
	25-44	1 790	30,9	36,2	24,6	7,4	–
	45-64	1 802	24,0	30,2	24,1	15,8	5,5
	65 et plus	1 133	19,8	22,9	28,1	19,7	9,5

* forte variabilité d'échantillonnage
– ne peuvent être diffusées

TABLEAU 5 : **AUTO-ÉVALUATION DE L'ÉTAT DE SANTÉ, SELON L'USAGE DU TABAC ET L'ÂGE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985**

	Population (en milliers)	« Comparativement à d'autres personnes de votre âge, diriez-vous que votre santé est en général. . . » Excellente (%)	Très bonne (%)	Bonne (%)	Moyenne ou mauvaise (%)
FUMEURS					
Tous les âges	6 630	20.8	34.7	30.2	14.3
15-24	1 526	12.9	36.0	43.3	7.8
25-44	3 058	25.3	38.2	27.2	9.4
45-64	1 589	21.1	30.0	23.4	25.5
65 et plus	458	15.8	23.8	30.0	30.5
NON-FUMEURS					
Tous les âges	12 942	27.2	36.3	25.2	11.3
15-24	2 804	28.9	40.1	26.1	4.9
25-44	4 920	30.2	41.3	22.4	6.0
45-64	3 230	25.2	31.3	27.4	16.1
65 et plus	1 988	20.6	26.3	27.4	25.7

TABLEAU 6 : **AUTO-ÉVALUATION DE L'ÉTAT DE SANTÉ, SELON LE RAPPORT POIDS / TAILLE ET L'ÂGE, POPULATION DE 20 ANS ET PLUS, CANADA, 1985**

	Total (en milliers)	« Comparativement à d'autres personnes de votre âge, diriez-vous que votre santé est en général. . . » Excellente (%)	Très bonne (%)	Bonne (%)	Moyenne ou mauvaise (%)
Population totale de 20 ans et plus	17 654	25.6	35.1	26.4	12.9
Trop maigre	2 418	27.7	34.4	22.9	15.0
Poids acceptable	9 354	27.1	37.0	25.5	10.2
Possibilité d'embonpoint	2 690	26.4	31.0	30.2	12.5
Embonpoint	2 976	17.7	33.1	29.1	20.0
ÂGE					
20-24					
Total	2 376	26.4	35.5	33.1	5.1
Trop maigre	597	27.1	33.9	34.2	4.8*
Poids acceptable	1 400	29.0	36.4	30.0	4.6*
Possibilité d'embonpoint	174	25.1*	23.9*	43.2	–
Embonpoint	198	–	42.6	43.5	–
25-44					
Total	8 005	28.2	40.3	24.2	7.2
Trop maigre	1 167	31.9	42.2	19.3	6.5*
Poids acceptable	4 485	30.0	40.4	23.3	6.2
Possibilité d'embonpoint	1 050	26.8	39.6	28.4	5.2*
Embonpoint	1 177	19.2	37.5	29.5	13.7
45-64					
Total	4 827	23.8	30.9	26.0	19.1
Trop maigre	370	30.3	22.8	10.7*	36.2
Poids acceptable	2 237	23.7	34.9	26.1	15.3
Possibilité d'embonpoint	1 036	25.6	27.1	31.8	15.5
Embonpoint	1 119	18.9	30.0	26.3	24.8
65 et plus					
Total	2 446	19.7	25.8	27.9	26.6
Trop maigre	284	8.3*	18.4*	29.7	43.6
Poids acceptable	1 232	20.7	29.4	28.0	21.9
Possibilité d'embonpoint	429	27.7	21.8	25.7	24.8
Embonpoint	483	15.9	25.5	28.9	29.7

* forte variabilité d'échantillonnage
– ne peuvent être diffusés

TABLEAU 7 : « QUELLE EST LA CHOSE LA PLUS IMPORTANTE QUE VOUS AVEZ FAITE, AU COURS DE LA DERNIÈRE ANNÉE POUR AMÉLIORER VOTRE SANTÉ? », SELON L'AUTO-ÉVALUATION DE L'ÉTAT DE SANTÉ, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985

		Parmi ceux qui signalent un état de santé :				
	Total	Excellent (%)	Très bon (%)	Bon (%)	Moyen (%)	Mauvais (%)
Population (en milliers)	19 611	4 896	7 024	5 268	1 826	583
EFFORTS EN VUE D'AMÉLIORER LA SANTÉ AU COURS DE L'ANNÉE AVANT L'ENQUÊTE						
Rien	37,1	35,8	34,7	40,5	38,3	42,2
J'ai fait plus d'exercice	29,1	30,1	34,6	25,9	21,7	6,0*
J'ai perdu du poids	4,0	3,5	4,0	4,8	3,9*	–
J'ai améliorer mes habitudes alimentaires	11,6	13,5	11,9	10,8	8,6	7,5*
J'ai cessé de fumer / j'ai réduit ma consommation de tabac	3,9	4,4	3,5	4,5	3,0	–
J'ai réduit ma consommation de drogues ou de médicaments	0,3*	–	–	0,5*	–	–
J'ai réduit ma consommation d'alcool	1,0	0,7*	0,8*	1,3*	2,2*	–
J'ai fait vérifier ma tension artérielle	0,6	–	0,5*	0,8*	–	3,9*
J'ai essayé de contrôler ma tension artérielle	0,5	0,6*	0,4*	0,5*	–	–
J'ai appris à maîtriser le stress	0,6	0,5*	0,7*	0,7*	–	–
J'ai réduit le niveau de stress	0,7	0,7*	0,5*	0,6*	–	–
J'ai reçu un traitement médical	3,6	1,8	2,7	2,4	8,7	23,2
Autre	5,9	6,3	5,1	5,3	9,3	7,9*
Pas de réponse	1,2	1,7*	0,5*	1,5*	1,7*	–

* forte variabilité d'échantillonnage
– ne peuvent être diffusées

TABLEAU 8 : **DISTRIBUTION DE LA POPULATION SELON LA LIMITATION DE L'ACTIVITÉ, LE SEXE ET L'ÂGE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985**

	Total (en milliers)	Aucune limitation (%)	Une certaine limitation (%)	Limitation d'une activité (%)	Limitation de 2 activités ou plus (%)	Type de limitation non-indiqué (%)
Population totale de 15 ans et plus	19 611	83,7	16,0	6,4	7,6	2,0
Hommes	9 623	86,4	13,5	5,2	6,1	2,2
Femmes	9 989	81,2	18,4	7,5	9,1	1,9
ÂGE						
15-24	4 333	91,4	8,5	4,0	3,2	1,3*
H	2 203	93,3	6,5	3,4*	2,1*	1,0*
F	2 130	89,4	10,5	4,5	4,4	1,6*
25-34	4 476	90,6	8,7	4,6	2,8	1,3*
H	2 225	92,1	7,8	3,8	2,7*	1,4*
F	2 250	89,2	9,6	5,5	2,9*	1,2*
35-44	3 529	86,1	13,9	6,4	5,3	2,1*
H	1 769	90,1	9,9	3,4*	4,3*	2,2*
F	1 760	82,1	17,8	9,5	6,3	2,1*
45-54	2 520	83,6	16,3	5,9	8,4	2,0*
H	1 263	83,0	16,8	4,9*	9,0	2,9*
F	1 257	84,3	15,7	6,8	7,8	—
55-64	2 306	71,6	28,1	9,3	15,3	3,5
H	1 108	75,3	24,7	9,7	11,8	3,1*
F	1 199	68,1	31,3	8,9	18,5	3,8*
65 et plus	2 446	65,7	34,2	11,5	19,6	3,1*
H	1 054	69,4	30,5	10,4	15,7	4,4*
F	1 392	62,9	37,1	12,4	22,6	2,1*

* forte variabilité d'échantillonnage
— ne peuvent être diffusées

TABLEAU 9 : **DISTRIBUTION DE LA POPULATION SELON LE DEGRÉ DE BONHEUR, LE SEXE, L'ÂGE ET LE REVENU, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985**

	Total (en milliers)	Très heureux (%)	Assez heureux (%)	Pas très heureux (%)
Population totale de 15 ans et plus	19 611	41.9	54.1	3.8
Hommes	9 623	40.8	56.2	3.0
Femmes	9 989	42.9	52.1	4.6
ÂGE				
15-24	4 333	46.0	51.9	2.1
H	2 203	42.8	56.0	1.2*
F	2 130	49.3	47.6	3.0*
25-44	8 005	45.0	52.2	2.5
H	3 994	43.1	54.4	2.5
F	4 011	46.9	49.9	2.5
45-64	4 827	35.0	59.2	5.6
H	2 371	34.6	61.1	4.3
F	2 456	35.3	57.5	6.9
65 et plus	2 446	38.1	54.5	7.5
H	1 054	41.7	52.6	5.7*
F	1 392	35.3	55.9	8.8
QUINTILE DE REVENU				
Inférieur	2 826	33.3	60.8	5.9
Deuxième	2 437	40.9	55.9	3.2*
Troisième	2 614	44.3	53.6	1.3*
Quatrième	2 179	41.8	55.8	2.4*
Supérieur	2 513	50.9	48.0	1.0*
Je l'ignore / pas de réponse	7 042	41.6	52.7	5.5

* forte variabilité d'échantillonnage

TABLEAU 10 : **DISTRIBUTION DE LA POPULATION SELON LE DEGRÉ DE BONHEUR, L'ÉTAT MATRIMONIAL ET LE NOMBRE D'AMIS INTIMES, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985**

	Total (en milliers)	Très heureux (%)	Assez heureux (%)	Pas très heureux (%)
Population totale de 15 ans et plus	19 611	41.9	54.1	3.8
Hommes	9 623	40.8	56.2	3.0
Femmes	9 989	42.9	52.1	4.6
ÉTAT MATRIMONIAL				
Marié(e)	12 074	45.2	51.8	2.8
H	5 984	43.3	54.3	2.4
F	6 089	47.0	49.3	3.2
Célibataire	5 327	40.6	56.4	2.9
H	2 972	38.8	58.8	2.4*
F	2 354	42.9	53.3	3.6
Veuf / veuve	1 189	28.2	59.6	12.0
H	247	26.9	59.7	13.4*
F	943	28.6	59.6	11.7
Séparé(e) / divorcé(e)	1 017	25.5	63.7	10.8
H	418	27.6	62.5	9.8*
F	599	24.0	64.6	11.4*
NOMBRE D'AMIS+				
Population totale de 15 ans et plus	19 195	42.4	53.7	3.7
Peu d'amis intimes	12 162	40.5	55.7	3.5
Beaucoup d'amis intimes	7 033	45.8	50.1	3.9
0-8 amis	4 522	34.6	59.9	5.3
Peu d'amis intimes	2 511	33.4	61.6	5.0
Beaucoup d'amis intimes	2 011	36.1	57.8	5.7
9-19 amis	6 428	41.8	54.5	3.4
Peu d'amis intimes	4 316	40.7	55.8	3.0
Beaucoup d'amis intimes	2 112	43.9	51.8	4.3
20 amis ou plus	8 214	47.4	49.6	3.0
Peu d'amis intimes	5 315	43.8	52.9	3.3
Beaucoup d'amis intimes	2 899	54.0	43.4	2.4*

* forte variabilité d'échantillonnage

\+ Ces chiffres ne tiennent pas compte des 415 000 Canadiens qui n'ont pas répondu à la question ou qui ne savaient pas combien d'amis intimes ils avaient.

TABLEAU 11 : **DISTRIBUTION DE LA POPULATION SELON LE DEGRÉ DE BONHEUR ET L'AUTO-ÉVALUATION DE L'ÉTAT DE SANTÉ ET DU NIVEAU DE STRESS, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985**

		Parmi ceux qui signalent une vie :			
	Total	Très stressante	Assez stressante	Pas très stressante	Pas du tout stressante
Population totale de 15 ans et plus (en milliers)	19 611	1 723	7 620	7 579	260
DEGRÉ DE BONHEUR					
Très heureux (%)	41.9	33.3	36.8	42.6	61.8
Assez heureux (%)	54.1	51.3	59.1	55.7	36.7
Pas très heureux (%)	3.8	15.4	4.1	1.7	1.6*
AUTO-ÉVALUATION DE L'ÉTAT DE SANTÉ					
Excellent (%)	25.0	22.9	22.3	25.1	33.9
Très bon (%)	35.8	28.9	38.4	35.1	35.1
Bon (%)	26.9	28.3	27.7	28.4	19.4
Moyen (%)	9.3	11.9	9.1	8.8	9.5
Mauvais (%)	3.0	8.0	2.5	2.6	2.1*

* forte variabilité d'échantillonnage

TABLEAU 12 : **POURCENTAGE DE LA POPULATION QUI SIGNALE UNE LIMITATION DE L'ACTIVITÉ, SELON L'ÂGE ET LE SEXE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1978-1979 ET 1985**

	Enquête Santé Canada, 1978-1979 :			Enquête Promotion Santé, 1985 :		
	Total (en milliers)	Population avec une limitation de l'activité (en milliers)	% du total	Total (en milliers)	Population avec une limitation de l'activité (en milliers)	% du total
Population totale de 15 ans et plus	17 492	2 510	14.3	19 611	3 143	16.0
Hommes	8 584	1 153	13.4	9 623	1 301	13.5
Femmes	8 907	1 357	15.2	9 989	1 843	18.4
ÂGE						
15-24	4 548	220	4.8	4 333	368	8.5
H	2 294	107	4.7	2 203	144	6.5
F	2 254	113	5.0	2 130	224	10.5
25-34	3 806	285	7.5	4 476	391	8.7
H	1 895	117	6.2	2 225	174	7.8
F	1 911	168	8.8	2 250	217	9.6
35-44	2 666	279	10.5	3 529	489	13.9
H	1 335	131	9.8	1 769	175	9.9
F	1 331	148	11.1	1 760	314	17.8
45-54	2 442	416	17.0	2 520	410	16.3
H	1 214	191	15.7	1 263	212	16.8
F	1 228	226	18.4	1 257	198	15.7
55-64	2 011	535	26.6	2 306	648	28.1
H	960	269	28.0	1 108	273	24.7
F	1 051	266	25.3	1 199	375	31.3
65 et plus	2 019	774	38.3	2 446	837	34.2
H	887	339	38.2	1 054	321	30.5
F	1 132	435	38.4	1 392	515	37.1

TABLEAU 13 : **POURCENTAGE DE LA POPULATION QUI SIGNALE LES INDICATEURS CHOISIS DE L'ÉTAT DE SANTÉ ET DE L'INCAPACITÉ, PAR PROVINCE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1978-1979, 1980-1982, 1983-1984 ET 1985**

	Espérance de vie à la naissance 1980-1982 (en années)		% de la population totale avec une limitation de l'activité[1]	% de la population avec une incapacité[2]	% de la population dont la santé est moyenne ou mauvaise[3]
	Hommes	**Femmes**			
Canada	71.88	78.98	11.6	12.8	12.3
Terre-Neuve	71.95	78.65	10.1	12.4	11.7
Î.-P.-É.	72.83	80.49	13.3	12.0	11.7
Nouvelle-Écosse	70.96	78.37	14.0	14.9	15.9
Nouveau-Brunswick	71.08	79.19	13.7	14.0	16.8
Québec	71.08	78.71	10.2	11.5	13.5
Ontario	72.28	79.03	11.4	13.6	11.1
Manitoba	72.24	78.77	11.1	13.9	11.8
Saskatchewan	72.43	79.61	13.7	15.8	14.1
Alberta	71.96	79.06	10.6	11.0	11.7
C.-B.	72.62	79.95	14.6	12.5	11.5
Yukon	..	..	..	..	7.8

1. Enquête Santé Canada, 1978-1979
2. Enquête sur la santé et l'incapacité au Canada, 1983-1984
3. Enquête Promotion Santé, 1985

.. données non disponibles

15

Possibilités d'amélioration de la santé

Thomas Stephens*
Expert-conseil en épidémiologie sociale
et en recherche par voie d'enquêtes
Manotick (Ontario)

Remerciements : Nous remercions Richard Lauzon de la Fondation canadienne des maladies du coeur qui a bien voulu réviser une ébauche de ce chapitre.

Points saillants

- 32 % des Canadiens adultes ne croient pas devoir améliorer leur santé physique; 71 % ne perçoivent pas la nécessité d'améliorer leur façon de combattre le stress.
- Les groupes les plus soucieux d'améliorer leur santé sont : les femmes, les jeunes adultes (entre 25 et 44 ans), et ceux qui ont fait des études supérieures.
- Parmi ceux qui perçoivent la nécessité d'améliorer leur santé physique :
  - 60 % estiment qu'ils devraient faire plus d'exercice,
  - 15 % estiment qu'ils devraient cesser de fumer,
  - moins de 1 % estiment qu'ils devraient consommer moins de médicaments, de drogues ou d'alcool.
- Parmi ceux qui voient la nécessité de changer leur façon de combattre le stress :
  - 53 % estiment qu'ils devraient apprendre à relaxer et moins s'inquiéter,
  - 17 % estiment qu'ils devraient faire plus d'exercice,
  - moins de 1 % estiment qu'ils devraient consommer moins de médicaments, de drogues ou d'alcool.
- 79 % pensent qu'ils n'ont pas besoin d'information sur des sujets ayant trait à la santé.
- En général, les hommes pensent davantage de cette façon que les femmes, quel que soit le groupe d'âge, mais l'écart n'est que de 6 %.
- C'est entre les âges de 25 et 44 ans que les hommes et les femmes perçoivent le plus la nécessité d'obtenir de l'information sur la santé.
- Ceux dont l'instruction ne dépasse pas le niveau primaire ont le moins tendance à vouloir de l'information au sujet de la santé.
- Parmi ceux qui ont répondu qu'ils n'avaient pas besoin d'information, les variations interprovinciales vont de 74 % au Québec à 89 % à Terre-Neuve. En tant que région, les provinces maritimes ont des taux de réponses négatives uniformément élevés.
- En ce qui concerne le besoin d'information, il n'y a pas de différence entre les personnes dont les pratiques d'hygiène sont très bonnes, modérées, ou insuffisantes.
- 62 % des répondants ont l'intention de faire quelque chose pour améliorer leur santé durant la prochaine année.
- Le changement le plus courant que l'on a l'intention d'apporter est de faire plus d'exercice.
- Parmi les personnes qui ont l'intention de faire quelque chose pour améliorer leur santé, celles qui sont le plus motivées sont les femmes âgées de 15 à 24 ans et les personnes qui ont fait des études universitaires.
- Seulement environ 50 % des personnes qui disent qu'elles devraient changer (Q. 4) ont réellement l'intention de prendre les mesures nécessaires pour y arriver.
- À la question concernant l'importance que l'État doit accorder à certains sujets, c'est la prévention des accidents de la route et la consommation de drogues qui ont remporté le plus d'adhésions.
- Pour toutes les questions, les personnes les plus « interventionnistes » sont les femmes âgées de 25 à 64 ans, les Québécois, et ceux qui ont déjà plusieurs bonnes pratiques d'hygiène.
- 68 % de tous les travailleurs pensent que le lieu de travail est un endroit approprié pour promouvoir les bonnes habitudes de santé.
- Il y a un écart important (2 : 1) dans le pourcentage des différentes industries qui appuient la promotion de la santé au travail.
- 90 % de tous les adultes pensent que l'école est un endroit approprié pour promouvoir les bonnes habitudes d'hygiène.
- Plus les gens sont instruits, plus ils croient que l'école est un lieu approprié pour promouvoir les bonnes habitudes de santé.

---

* Ce chapitre a été préparé quand l'auteur était un scientifique invité à l'*Office of Analysis and Epidemiology, National Center for Health Statistics*, Hyattsville (Maryland), États-Unis.

Introduction

Les questions sur lesquelles nous nous pencherons dans ce chapitre forment deux groupes : celles qui précèdent et celles qui suivent les parties sur les pratiques de santé personnelles. Cet ordre a été délibérément choisi pour atténuer le plus possible l'impact des premières questions sur les dernières. Et, étant donné que l'entrevue s'est déroulée au téléphone, il était bien entendu impossible au répondant de savoir quelles étaient les questions ultérieures.

Les premières questions sur lesquelles porte ce chapitre avaient trait à la nécessité de faire des efforts pour améliorer la santé (Q. 3, 4, 6, 7) et au besoin de plus d'informations concernant la santé (Q. 12). Les questions qui ont été posées par la suite concernaient les intentions de changer (Q. 109), l'importance de l'intervention de l'État (Q. 79), et l'école et le lieu de travail comme endroits appropriés pour promouvoir les bonnes habitudes de santé (Q. 103, 104).

Les intentions de modifier le comportement ont pu être influencées par la place de ces questions dans le questionnaire et par un désir naturel de la part du répondant d'indiquer des intentions positives. Par contre, la place des questions aurait dû avoir une incidence minime sur l'ordre des changements identifiés. En effet, comme chaque répondant venait de revoir ses pratiques de santé en détail, on peut en conclure que la réponse à cette question était réfléchie et éclairée.

La formulation exacte de chaque question figure dans la partie où sont décrits les résultats, ainsi qu'à l'annexe B.

Nous n'avons pas normalisé les résultats que nous communiquons ici afin de faire en sorte que les estimations pour les différentes populations soient aussi précises que possible. Cependant, le lecteur ne doit pas oublier, lorsqu'il compare les groupes par niveau d'instruction ou par province, que les différences dans la composition de ces populations selon l'âge et le sexe risquent d'avoir un effet sur les résultats. Cette incidence est probablement négligeable, comme nous l'expliquons plus loin à l'annexe A.

Perspectives personnelles concernant la santé

Efforts à faire pour améliorer la santé

Q. 3 Croyez-vous qu'il y a quelque chose que vous devriez faire pour améliorer votre santé physique?

Q. 6 Croyez-vous que vous devriez faire quelque chose pour améliorer votre façon de maîtriser le stress?

Q. 4,7 À votre avis, quelle est la chose la plus importante que vous devriez faire?

Deux tiers des Canadiens adultes reconnaissent qu'il est nécessaire de modifier leurs pratiques d'hygiène pour rester en bonne santé physique, mais la proportion varie considérablement d'un groupe à l'autre. Parmi les groupes analysés, ceux qui estiment le moins qu'ils doivent apporter des changements sont les hommes et les femmes âgés de 65 ans et plus (32 % chacun). Ce sont les deux groupes de femmes les plus jeunes (15 à 24 ans et 25 à 44 ans) qui croient le plus en la nécessité de modifier leurs habitudes (78 % chacun), mais les jeunes hommes adultes ne sont pas très loin derrière (76 %). Le tableau 1 contient les résultats détaillés selon le sexe, l'âge et le niveau d'instruction.

Si les résultats qui s'appliquent à la santé physique sont relativement élevés, en revanche, 29 % seulement des répondants croient qu'ils devraient faire quelque chose pour mieux combattre le stress. Les comparaisons des réponses selon l'âge, le sexe et le niveau d'instruction révèlent des variations très similaires à celles qui ont été observées dans le cas de la santé physique, comme le démontrent la figure A et le tableau 1.

Les stratégies choisies pour améliorer la santé physique (figure B) varient très peu d'un groupe à l'autre. Faire plus d'exercice est la stratégie de choix à tous les âges et à tous les niveaux d'instruction, pour les deux sexes (tableau 2). Par rapport à « cesser de fumer » qui est le second choix, faire plus d'exercice est cité de trois à dix fois plus souvent dans certains groupes particuliers.

Il n'y a que quelques différences notables entre les hommes et les femmes en ce qui concerne leur tendance à préférer certaines stratégies. Les femmes sont deux fois plus nombreuses que les hommes à croire qu'elles devraient perdre du poids, alors que les hommes reconnaissent plus souvent qu'ils devraient cesser de fumer. L'âge joue un rôle négligeable dans le choix des stratégies de promotion de la santé, excepté pour ce qui est de « cesser de fumer » qui est rarement choisi par ceux qui ont 65 ans et plus.

De même, il y a une stratégie prédominante pour combattre le stress (figure C). « Apprendre à me relaxer, m'inquiéter moins » s'est classé bon premier dans tous les groupes, quel que soit l'âge, le sexe ou le niveau d'instruction. Parmi les autres stratégies destinées à mieux combattre le stress, les hommes choisissent un peu plus souvent « faire plus d'exercice », tandis que les femmes choisissent davantage « sortir et recevoir plus souvent », mais les différences entre les sexes ne sont pas importantes. Comme c'est le cas pour l'amélioration de la santé physique, moins d'un pour cent croient qu'ils devraient diminuer la consommation de médicaments ou de drogues ou boire moins d'alcool pour mieux maîtriser le stress (tableau 3).

Besoin d'information au sujet de la santé

Q. 12 Parmi la liste suivante de sujets concernant la santé, sur lequel aimeriez-vous avoir plus d'informations . . . alimentation, hypertension, santé mentale, usage du tabac, consommation d'alcool, usage de la marijuana, sécurité et prévention des accidents? (Tableau A).

FIGURE A : **POURCENTAGE DE LA POPULATION QUI CROIT DEVOIR FAIRE DES EFFORTS POUR AMÉLIORER SA SANTÉ PHYSIQUE ET MENTALE, SELON L'ÂGE, LE SEXE ET LE NIVEAU D'INSTRUCTION, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985**

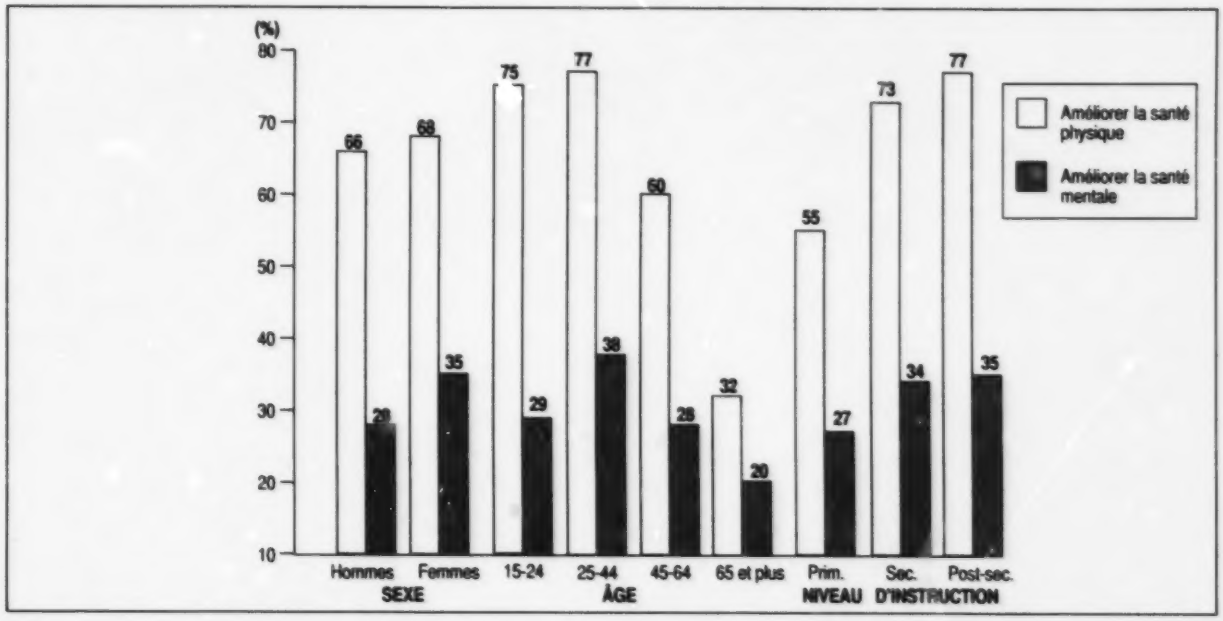


FIGURE B : « **QUELLE EST LA CHOSE LA PLUS IMPORTANTE QUE VOUS DEVRIEZ FAIRE POUR AMÉLIORER VOTRE SANTÉ PHYSIQUE? »*, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985**

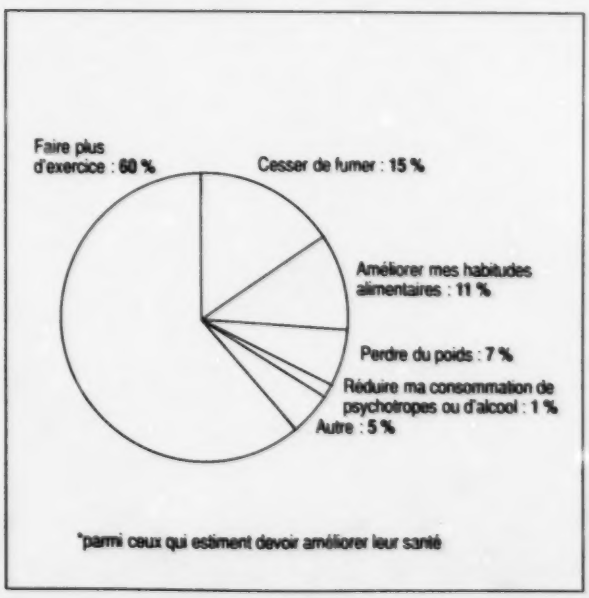


FIGURE C : « **QUELLE EST LA CHOSE LA PLUS IMPORTANTE QUE VOUS DEVRIEZ FAIRE POUR AMÉLIORER VOTRE FAÇON DE MAÎTRISER LE STRESS? »*, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985**

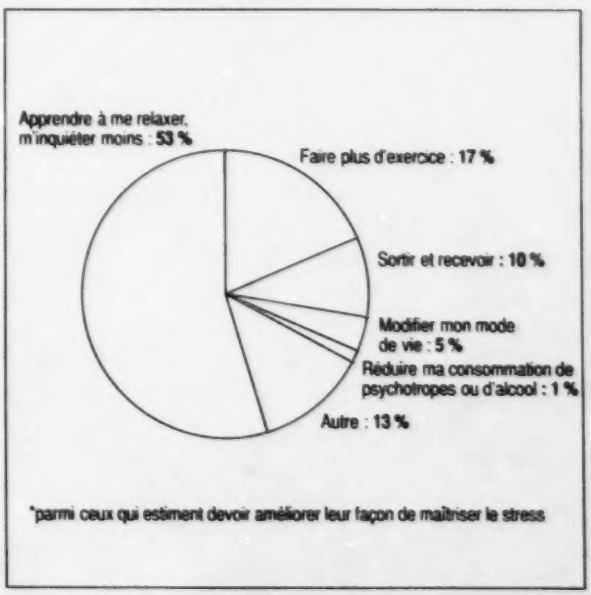


TABLEAU A : **POURCENTAGE DE LA POPULATION QUI VEUT PLUS D'INFORMATION SUR LES SUJETS RELATIFS À LA SANTÉ, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985**

SUJET	% de la population totale	% des personnes qui veulent de l'information
Alimentation	12	54
Hypertension	10	44
Sécurité	9	42
Santé mentale	8	37
Usage du tabac	5	23
Consommation d'alcool	4	19
Marijuana	1	18

Seulement 21 % des adultes estiment qu'il y a des sujets sur lesquels ils ont besoin d'obtenir plus d'information, et ce pourcentage varie peu selon le groupe d'âge, le sexe ou le niveau d'instruction. À cet égard, il y a plus de variation entre les provinces, où les taux sont de 11 % à Terre-Neuve à 26 % au Québec (figure D). Jusqu'à 44 ans les gens pensent qu'ils devraient avoir plus d'information au sujet de l'alimentation, tandis que chez les personnes âgées de 45 ans et plus c'est l'hypertension qui intéresse davantage. La prévention des accidents et la santé mentale sont les seuls autres sujets retenus par plus de 5 % des adultes (tableau 4).

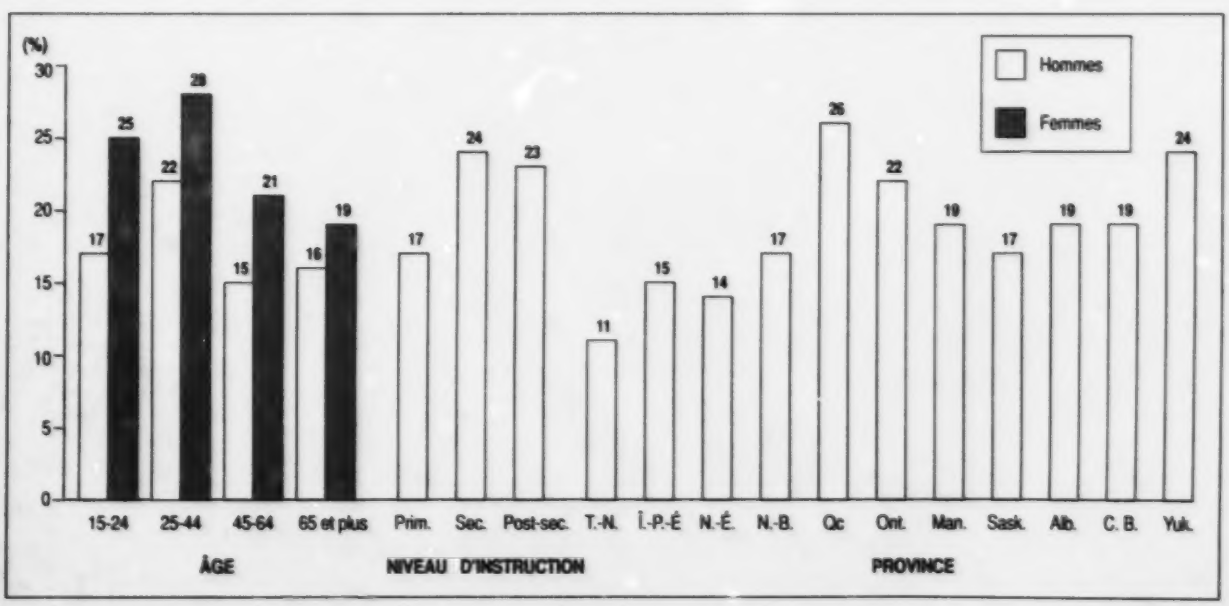
Intention de changer

Q. 109 . . . y a-t-il d'autre chose que vous avez l'intention de faire pour améliorer votre santé au cours de la prochaine année?

Tandis que deux tiers des adultes (62 %) affirment qu'ils ont l'intention de faire quelque chose pour améliorer leur santé au cours de la prochaine année, il existe des différences remarquables entre les groupes (figure E). À tous les âges, les femmes ont davantage l'intention de changer que les hommes, différence qui atteint 15 % dans le groupe d'âge de 45 à 64 ans (51 % contre 36 %). Les pourcentages diminuent considérablement avec l'âge, notamment entre le groupe d'âge de 45 à 64 ans et celui de 65 ans et plus où la baisse atteint 17 %; cela est vrai pour les deux sexes (tableau 5). La corrélation entre les intentions et le niveau d'instruction est forte, l'écart le plus grand se situant entre l'école élémentaire (55 %) et l'école secondaire (64 %).

Les changements envisagés sont comparables à ceux que les adultes estiment qu'ils devraient apporter pour améliorer leur santé physique (figure B et tableau 1). Dix pour cent ou plus des adultes ont l'intention de faire plus d'exercice, de modifier leurs habitudes alimentaires, de perdre du poids et de cesser de fumer.

FIGURE D : **POURCENTAGE DE LA POPULATION QUI PENSE AVOIR BESOIN DE PLUS D'INFORMATION SUR AU MOINS UN SUJET RELATIF À LA SANTÉ, SELON L'ÂGE, LE SEXE ET LE NIVEAU D'INSTRUCTION, PAR PROVINCE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985**



Alors que l'intention de faire davantage d'exercice diminue avec l'âge, la baisse est plus marquée chez les hommes que chez les femmes : dans le groupe des 35 à 44 ans et au-delà de cet âge, la proportion des femmes qui envisagent de faire de l'exercice est de 7 % supérieure à celle des hommes qui ont cette intention. Proportionnellement, plus de femmes ont également l'intention de modifier leurs habitudes alimentaires et de perdre du poids; cela est vrai pour tous les groupes d'âge (données non indiquées).

TABLEAU B : **POURCENTAGE DE LA POPULATION AYANT L'INTENTION D'APPORTER CERTAINS CHANGEMENTS POUR AMÉLIORER SA SANTÉ AU COURS DE L'ANNÉE APRÈS L'ENQUÊTE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985**

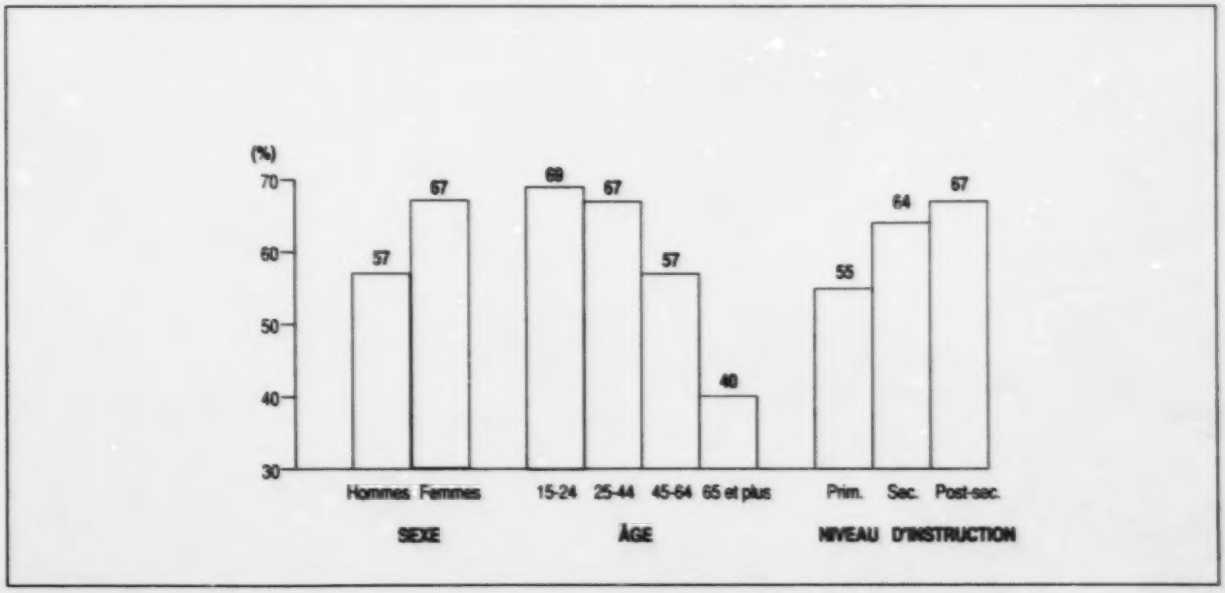
	% de la population totale
CHANGEMENT	
Rien	38
Faire plus d'exercice	33
Modifier les habitudes alimentaires	13
Perdre du poids	10
Cesser de fumer	10
Réduire le niveau de stress / maîtriser le stress	2
Recevoir des traitements médicaux	2
Vérifier / contrôler la tension artérielle	1
Réduire la consommation de drogues, médicaments ou alcool	1
Autre	4

Tant chez les hommes que chez les femmes, l'intention de changer certaines pratiques est liée aux habitudes de santé actuelles. Ceux qui ont peu de bonnes habitudes d'hygiène ont le plus souvent l'intention de cesser de fumer, mais ont moins tendance à vouloir faire plus d'exercice. En revanche, les hommes qui ont un nombre élevé de bonnes pratiques d'hygiène sont ceux qui généralement souhaitent le plus modifier leurs habitudes alimentaires. Cela semble indiquer qu'il existe un ordre de priorité dans lequel l'abandon du tabac occupe une place beaucoup plus importante que l'exercice et un régime alimentaire sain (données non indiquées).

TABLEAU C : **POURCENTAGE DE LA POPULATION AYANT L'INTENTION D'APPORTER UN CHANGEMENT POUR AMÉLIORER SA SANTÉ AU COURS DE L'ANNÉE APRÈS L'ENQUÊTE, SELON LA NÉCESSITÉ D'AMÉLIORER LA SANTÉ, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985**

	% de la population qui a l'intention de faire quelque chose pour améliorer sa santé
CHANGEMENT	
Faire plus d'exercice	50
Perdre du poids	48
Cesser de fumer	51
Modifier les habitudes alimentaires	32

FIGURE E : **POURCENTAGE DE LA POPULATION QUI A L'INTENTION DE FAIRE DES EFFORTS POUR AMÉLIORER SA SANTÉ AU COURS DE L'ANNÉE SUIVANT L'ENQUÊTE, SELON L'ÂGE, LE SEXE ET LE NIVEAU D'INSTRUCTION, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985**



L'intention de faire des changements peut être comparée à la croyance que des changements devraient être faits. Le tableau C démontre que seule la moitié de ceux qui estiment qu'ils devraient faire plus d'exercice, perdre du poids ou cesser de fumer ont réellement l'intention de faire les efforts nécessaires.

Analyse

Dans l'ensemble, ces résultats semblent indiquer que les Canadiens adultes sont conscients des bienfaits éventuels de la modification de certaines habitudes, mais ils sont souvent incapables d'apporter les changements nécessaires ou ne souhaitent pas modifier leurs habitudes. Le nombre élevé de personnes qui reconnaissent que les pratiques de santé devraient être modifiées, et le peu d'intérêt général manifesté pour les informations au sujet de la santé indiquent peut-être que les Canadiens ont été sensibilisés à la nécessité de modifier leurs habitudes et qu'ils s'estiment suffisamment informés. Parmi ceux qui pensent qu'ils devraient faire quelque chose pour améliorer leur état de santé, la moitié environ ont l'intention de s'exécuter. Si la moitié de ce nombre réussit à modifier ses pratiques de santé, on devrait assister, dès 1990, à des améliorations sensibles en ce qui a trait aux facteurs de risque dus au comportement. Cependant, il est probable que le nombre de personnes qui ont annoncé leur intention de faire des changements est exagéré, par conséquent cela tempère quelque peu notre conclusion.

Quant au nombre de ceux qui reconnaissent qu'ils devraient faire quelque chose pour améliorer leur santé sans toutefois en avoir l'intention, il s'élève grosso modo à un tiers de tous les adultes. Il est permis de supposer que ce groupe considérable est composé des « invétérés » et de ceux qui font face à des obstacles réels ou imaginaires. Ce dernier groupe, qui est susceptible d'apporter des changements positifs, deviendra de plus en plus la cible des efforts de promotion de santé avec le temps et à mesure que des individus plus accessibles et plus souples modifieront leur comportement de façon à améliorer leur santé. Donc, les efforts visant à promouvoir les bonnes habitudes de santé devront comprendre une analyse des obstacles, y compris ceux qui se trouvent dans l'environnement.

Les résultats semblent indiquer que l'on reconnaît beaucoup plus facilement les problèmes de santé physique que les problèmes de santé mentale (figure A). Cela n'est pas nécessairement le cas ou tout au moins il se peut que les différences ne soient pas aussi marquées que les données l'indiquent. De crainte que les participants hésitent à reconnaître franchement qu'ils ont des problèmes de santé mentale ou qu'ils ne soient pas certains de la signification exacte du terme « santé mentale », nous avons axé les questions 6 et 7 sur la lutte contre le stress. Des tests pilotes ont révélé que dans le domaine psychologique il s'agissait de la question qui suscitait le plus de préoccupations. Par conséquent, lorsqu'on fera des comparaisons avec la santé physique, il faudra faire preuve de beaucoup d'attention et de prudence.

Les analyses démographiques de cette partie révèlent certaines constantes importantes. Les femmes, les jeunes adultes, et les personnes les plus instruites sont toujours celles qui ont tendance à reconnaître la nécessité de modifier leur mode de vie, à vouloir plus d'information au sujet de la santé, et à avoir l'intention de modifier leurs habitudes pour être en meilleure santé. On peut difficilement parler de coïncidence lorsqu'on constate que ces groupes jouissent généralement d'une meilleure santé. L'espérance de vie des femmes s'élève maintenant à 79 ans à la naissance contre 72 pour les hommes[1], les personnes âgées souffrent de maladies aiguës et chroniques de façon disproportionnée[2], et les classes du niveau socio-économique inférieur sont exposées à des risques excessifs[3] et meurent plus jeunes[4]. Bref, ni les préoccupations au sujet de la santé ni l'état de santé ne sont répartis uniformément dans la société.

On peut expliquer de deux façons assez différentes cette apparente association entre les préoccupations au sujet de la santé et l'état de santé. D'une part, le manque d'intérêt et les comportements de risque qui l'accompagnent peuvent avoir un impact direct sur les possibilités d'éviter la maladie et les blessures ainsi que de guérir rapidement et complètement lorsque ces problèmes se produisent. D'autre part, la tendance qu'ont les hommes, les personnes âgées, et les membres des groupes socio-économiques inférieurs à être, d'une façon générale, en plus mauvaise santé, et le fait que cela semble être un phénomène tellement bien établi, peut créer un certain fatalisme et un manque d'intérêt évident pour sa propre santé. Le concept d'impuissance et les notions connexes de maîtrise de soi et d'efficacité pourraient fort bien être les mécanismes psycho-sociaux qui sous-tendent les disparités sociales existant entre la santé et la maladie[5,6].

Selon toute probabilité, ces deux explications sont valides. Ensemble, elles indiquent qu'il existe un cercle vicieux qui, durant toute une vie et d'une génération à l'autre, mènerait quasi inévitablement à la maladie et à la mort prématurée. Étant donné que certains facteurs biologiques et environnementaux nuisent également à la santé des hommes, des personnes âgées, et des personnes démunies sur le plan socio-économique, ce serait évidemment simplifier à l'excès que de condamner le mode de vie, les pratiques et les attitudes de ces groupes à haut risque. Le défi que se doit de relever la promotion de la santé, c'est de rompre les cercles vicieux installés dans ces groupes et d'induire des changements de comportement qui soient suffisamment répandus pour avoir des répercussions bénéfiques sur la santé et contribuer à éliminer le sentiment d'impuissance à l'intérieur de ces groupes. Dans ce cas, l'appui du milieu pourrait jouer un rôle capital dans l'adoption d'un comportement plus sain. Les tendances récentes laissent supposer que c'est ce phénomène qui s'est produit chez les hommes d'un certain âge en ce qui concerne l'usage du tabac, et qui est peut-être en voie de se produire parmi les personnes âgées pour ce qui est de l'exercice. Il est beaucoup plus rare de trouver des pratiques saines répandues dans les groupes démunis sur le plan socio-économique. Il serait bon de se consacrer à cet objectif durant les années quatre-vingt-dix.

Santé publique

Importance de l'intervention de l'État

Q. 79 Je vais maintenant vous lire une liste de sujets relatifs a la santé. J'aimerais savoir quelle importance selon vous l'État doit accorder à chacun de ces sujets . . . consommation de drogues, consommation de tabac, problèmes reliés à l'alcool, hypertension, santé des enfants, habitudes alimentaires, santé mentale, prévention des accidents à la maison, prévention des accidents au travail, prévention des accidents de la route. (Les réponses ont été fournies à l'aide d'une échelle allant de 1 à 10, la cote 10 représentant un sujet extrêmement important.)

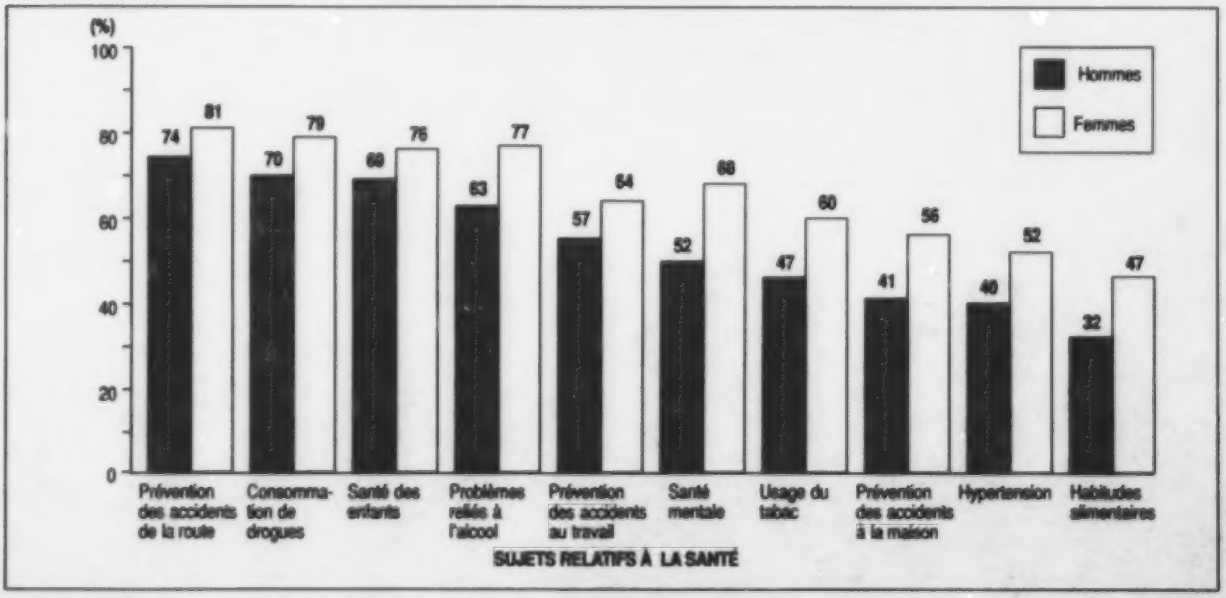
Bien que les cotes attribuées à chaque sujet varient d'un groupe à l'autre, on note néanmoins une certaine unanimité en ce qui concerne la priorité relative des sujets. La prévention des accidents de la route et la consommation de drogues ont été classés aux premier et deuxième rangs respectivement par les membres de tous les groupes d'âge et des deux sexes, à une seule exception près. Pour les hommes et les femmes âgés de 25 à 44 ans, c'est la santé des enfants qui est le sujet le plus important (tableau 6).

Comme le montre la figure F, les hommes et les femmes ont essentiellement les mêmes opinions au sujet de l'ordre d'importance global, même si les femmes sont davantage en faveur d'une intervention de l'État. Dans les groupes d'âge, on constate des écarts marqués entre les hommes et les femmes (15 %) pour certains sujets choisis : les femmes âgées de 15 à 24 ans sont beaucoup plus préoccupées que les hommes par l'alcool et la santé mentale; entre 25 et 44 ans, la priorité est accordée à la prévention des accidents à la maison et aux habitudes alimentaires. Entre 45 et 64 ans, les femmes donnent proportionnellement plus d'importance à l'alcool, à l'hypertension et aux habitudes alimentaires, tandis qu'après 65 ans elles sont relativement intéressées par la consommation de tabac et les problèmes liés à l'alcool (tableau 6).

Dans l'ensemble, les jeunes (15 à 24 ans) et les personnes âgées (65 ans et plus) sont moins en faveur d'une intervention de l'État que ne le sont les personnes âgées de 25 à 64 ans. Cependant, il y a des exceptions importantes, notamment les jeunes femmes sont les plus préoccupées par l'alcool et les hommes âgés sont les plus intéressés par l'hypertension et la sécurité à la maison.

Comme c'est le cas pour les groupes démographiques analysés, les provinces sont essentiellement du même avis en ce qui concerne la priorité relative des sujets. Cependant, le degré de consensus varie : c'est pour les drogues et l'alcool qu'il est le plus fort et pour la sécurité à la maison et l'hypertension qu'il est le plus faible (tableau 6).

FIGURE F : **POURCENTAGE DE LA POPULATION QUI CROIT QUE L'ÉTAT DEVRAIT ACCORDER BEAUCOUP D'IMPORTANCE AUX SUJETS CHOISIS RELATIFS À LA SANTÉ, SELON LE SEXE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985**



On peut évaluer l'importance générale accordée à l'intervention de l'État en calculant la moyenne pour les dix sujets. Le degré d'importance varie considérablement parmi les groupes démographiques et les provinces; ce n'est que lorsqu'on compare les niveaux d'instruction que l'on trouve des différences négligeables (figure G et tableau 6). Les femmes, à tous les âges, sont beaucoup plus en faveur d'une intervention que les hommes; cela est également vrai, qu'elles aient beaucoup ou peu de bonnes habitudes d'hygiène. Parmi les femmes, ce sont celles qui sont âgées de 25 à 44 ans qui sont les plus en faveur de l'intervention de l'État tandis que pour les hommes, c'est le groupe d'âge suivant. Il y a des différences nettes entre l'Est et l'Ouest en ce qui concerne cette question et une baisse très marquée à la frontière entre le Québec et l'Ontario. Les habitants du Yukon et de l'Ontario sont moins en faveur (écart de 12 %) d'une intervention du gouvernement au sujet des questions de santé que les habitants de Terre-Neuve et du Québec.

Lieux appropriés pour promouvoir les bonnes habitudes de santé

Q. 103 Pensez-vous que le lieu de travail est un endroit approprié pour promouvoir les bonnes habitudes de santé?

Q. 104 Pensez-vous que l'école est un endroit approprié pour promouvoir les bonnes habitudes de santé?

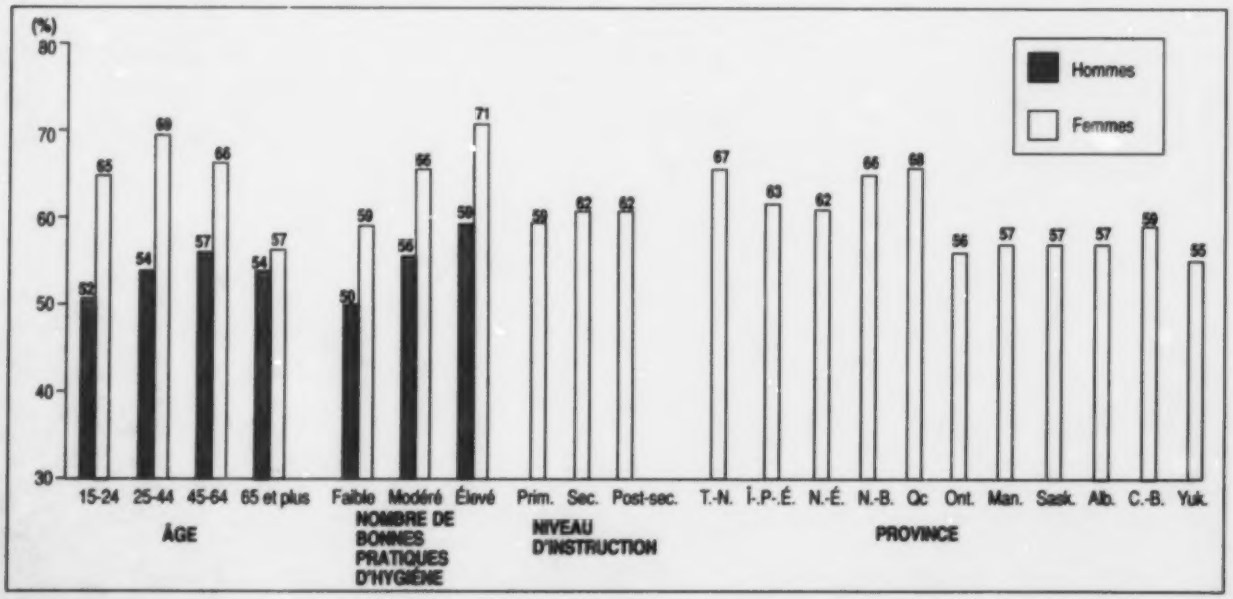
Tandis que la vaste majorité des personnes qui ont répondu à l'enquête conviennent que le lieu de travail et l'école sont des endroits appropriés pour promouvoir les bonnes habitudes de santé, il y a un fort consensus général en faveur des écoles. Bien que cette croyance varie peu, elle semble être inversement liée aux opinions au sujet de la promotion de la santé au travail (tableau D). Les Québécois sont les plus en faveur de programmes en milieu de travail et les moins en faveur de la promotion de la santé à l'école, tandis que les habitants de Terre-Neuve sont les moins intéressés par le lieu de travail et, avec l'Alberta, accordent la première place à la promotion de la santé dans les écoles.

En ce qui concerne la promotion de la santé au travail, il y a une grande différence dans les croyances au sujet de la pertinence de ces programmes chez les travailleurs de différentes industries (figure H). Tandis que 68 % de tous les travailleurs canadiens croient que le lieu de travail est un endroit approprié pour promouvoir les bonnes habitudes de santé, le pourcentage varie selon les secteurs et s'échelonne de 50 % dans le cas du commerce de détail à 93 % pour le secteur des affaires. (Voir également le chapitre 10.)

Analyse

Les Canadiens adultes semblent être généralement en faveur d'une intervention de l'État en ce qui concerne certaines questions particulières qui ont trait à la santé, et paraissent également favorables à la promotion des

FIGURE G : **POURCENTAGE DE LA POPULATION QUI CROIT QUE L'ÉTAT DEVRAIT ACCORDER BEAUCOUP D'IMPORTANCE À AU MOINS UN SUJET RELATIF À LA SANTÉ, SELON DES CARACTÉRISTIQUES CHOISIES, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985**



bonnes habitudes de santé tant à l'école que sur le lieu de travail. L'interprétation exacte de ces résultats est cependant moins claire. L'appui accordé à l'intervention de l'État pourrait refléter :

a) l'importance sociale du sujet pour le répondant,

b) l'importance personnelle du sujet pour le répondant,

c) la confiance en l'efficacité probable de l'intervention de l'État par rapport à d'autres stratégies disponibles, ou

d) une conviction philosophique au sujet de la pertinence de l'intervention de l'État, qui peut varier d'une question à l'autre.

Il y a certaines preuves à l'appui de chacun de ces points de vue, et il est difficile de décider lequel prédomine.

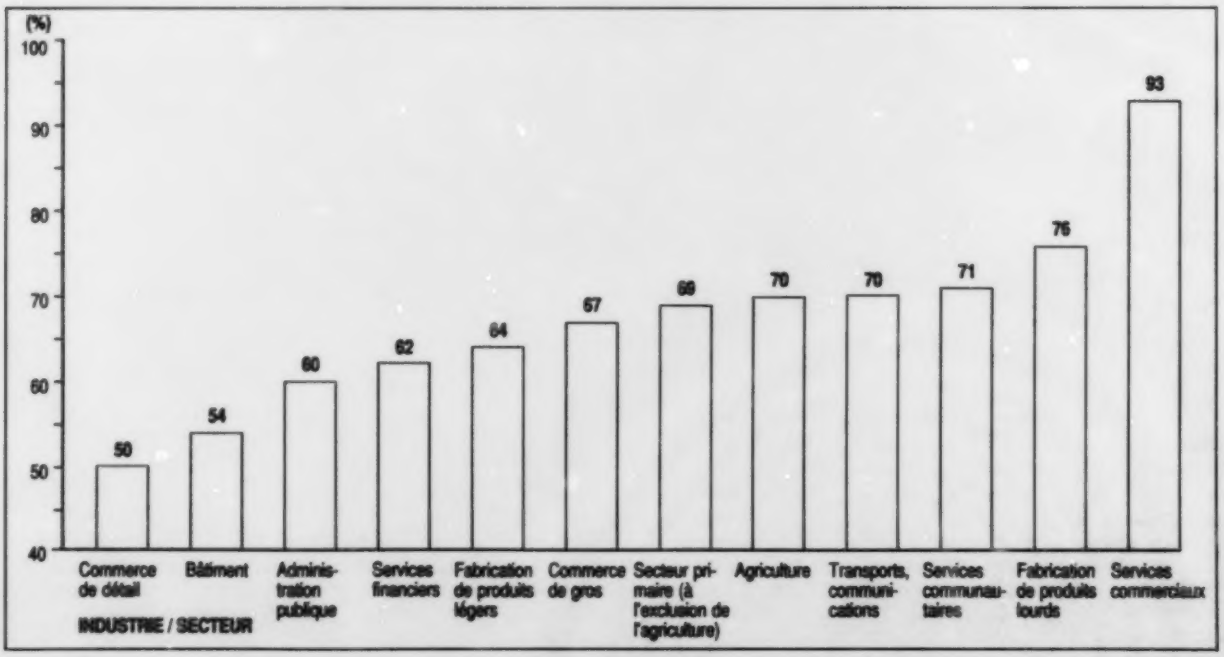
Les perceptions individuelles de l'importance sociale d'une question reflètent généralement les croyances au sujet du risque relatif plutôt qu'au sujet du risque attribuable[7]. Par exemple, la létalité du SIDA est très élevée, bien que la proportion de la population considérée comme à risque soit extrêmement petite. Ainsi le SIDA a capturé l'attention du public comme ne l'ont jamais fait les maladies du coeur. Cela peut expliquer les cotes élevées accordées à la sécurité routière et à la consommation d'alcool et de drogues qui touchent relativement peu de personnes mais le font d'une façon dramatique, et les cotes faibles accordées à l'hypertension et aux habitudes alimentaires, qui concernent un grand nombre de personnes mais d'une façon prolongée et insidieuse. Il est possible, d'autre part, que la sécurité routière, l'alcool et les drogues soient perçus comme des questions importantes qui commandent l'intervention de l'État parce qu'elles atteignent les jeunes de façon disproportionnée.

TABLEAU D : **POURCENTAGE DE LA POPULATION+ QUI ESTIME QUE LE LIEU DE TRAVAIL ET L'ÉCOLE SONT DES ENDROITS APPROPRIÉS POUR PROMOUVOIR LA SANTÉ, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985**

	% qui considère le lieu de travail un endroit approprié	% qui considère l'école un endroit approprié
Canada	68	90
Terre-Neuve	59	93
Île-du-Prince-Édouard	66	91
Nouvelle-Écosse	69	92
Nouveau-Brunswick	59	90
Québec	73	83
Ontario	66	92
Manitoba	70	91
Saskatchewan	71	93
Alberta	63	93
Colombie-Britannique	67	93
Yukon	68	91

+ travailleurs salariés seulement

FIGURE H : **POURCENTAGE DE TRAVAILLEURS SALARIÉS DANS DES INDUSTRIES / SECTEURS CHOISIS QUI CROIT QUE LE LIEU DE TRAVAIL EST UN ENDROIT APPROPRIÉ POUR PROMOUVOIR LES BONNES HABITUDES DE SANTÉ, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985**



L'importance personnelle accordée à un sujet influe nécessairement sur les cotes attribuées à l'importance de l'intervention de l'État. On peut le constater à plusieurs reprises puisque selon l'âge certains sujets sont plus importants que d'autres qui, à leur tour, seront considérés comme plus importants à un autre moment de la vie. Ainsi, la santé des enfants préoccupe davantage les jeunes parents et l'hypertension, les hommes âgés. Les femmes les plus âgées expriment peu d'intérêt pour la consommation du tabac, habitude qui est la moins répandue dans ce groupe. Le fait que moins de 1 % des adultes estiment qu'ils devraient diminuer leur consommation d'alcool ou de drogues et des médicaments, tandis que 70 à 75 % jugent que ce sont là des domaines dans lesquels l'État doit intervenir peut avoir deux explications possibles : ou bien l'hypothèse d'une préoccupation personnelle n'est pas valable ici, ou bien on nie de façon générale l'abus de ces substances.

La confiance en l'efficacité de l'intervention de l'État pourrait aussi expliquer pourquoi la sécurité routière, l'alcool, les drogues et les médicaments ont obtenu une cote élevée, puisque les lois et les règlements influent beaucoup sur ces trois domaines, vraisemblablement de façon à limiter les comportements nuisibles. En revanche, il y a peu de mesures évidentes que le gouvernement pourrait prendre pour intervenir efficacement dans les habitudes alimentaires ou la prévention des accidents à la maison, à part fournir des informations et veiller à la sécurité des produits. Pour compliquer encore un peu les choses, la signification de « l'intervention de l'État » peut aussi varier d'une question à l'autre et d'une personne à l'autre. Par exemple, les résidents des provinces maritimes sont généralement en faveur d'une intervention de l'État, mais ils indiquent peu de besoin d'information sur des sujets se rapportant à la santé. On peut donc supposer que l'éducation du public n'est pas l'intervention à laquelle pensent les Canadiens des provinces maritimes lorsqu'ils répondent à cette question. Cela peut être généralement le cas dans tout le pays, étant donné que les besoins en information sont les plus élevés (alimentation, hypertension) relativement à des questions pour lesquelles l'intervention de l'État obtient la cote la plus faible, et vice versa. Les lois, les règlements, et la prestation de traitements, en plus de l'éducation, sont les formes d'intervention visées par cette question.

Les croyances philosophiques au sujet de la pertinence de l'engagement de l'État dans le domaine de la santé varient d'une personne à l'autre, et altèrent quelque peu les cotes attribuées à tous les sujets. Conservateurs et libéraux sont toutefois le plus souvent d'accord avec cette intervention lorsque les comportements individuels ont une incidence sur la sécurité des autres, c'est pourquoi on a attribué les cotes les plus élevées à la sécurité routière et à l'alcool, et les cotes les moins élevées à la consommation de tabac, à la sécurité à la maison et aux habitudes alimentaires. Si cette interprétation est exacte, plus les effets de la fumée résiduelle deviendront connus, plus on appuiera l'intervention de l'État en ce qui concerne la consommation de tabac.

Ces quatre explications ne s'excluent pas mutuellement et, comme on peut le voir d'après les exemples, peuvent être combinées pour donner une grande stabilité aux cotes. On peut en déduire que l'intervention de l'État dans les domaines tels que la sécurité à la maison, les pratiques alimentaires et l'hypertension ne recevra pas beaucoup d'appui tant que la perception des risques ne changera pas et que le gouvernement n'aura pas convaincu le public qu'il peut jouer un rôle efficace.

Conclusion : possibilités d'amélioration de la santé

Cet aperçu global des questions de promotion de la santé a révélé que certains groupes de la société sont plus intéressés que d'autres à maintenir ou à améliorer leur propre santé. Bien qu'il y ait des exceptions à la règle, on peut généralement conclure que cet engagement est plus vrai dans le cas des femmes que des hommes, des jeunes que des personnes âgées, et des personnes très instruites que de celles qui le sont moins. En outre, comme nous l'avons mentionné dans les chapitres précédents, les femmes et les personnes très instruites (mais pas toujours les jeunes) ont aussi davantage tendance à avoir de bonnes habitudes de santé. Ce chapitre indique également que les préoccupations en matière de santé de ces groupes ne sont pas uniquement personnelles, puisque les femmes sont plus en faveur d'une intervention de l'État pour toute une gamme de sujets et que les personnes les plus instruites sont les plus en faveur de la promotion de la santé dans les écoles.

Le défi que devra relever la promotion de la santé, qu'elle se fasse par l'État ou par le truchement d'organismes non gouvernementaux, est clair. On ne fera pas de progrès significatifs en ce qui concerne la diminution des risques de santé en « prêchant les convertis ». La stratégie de la promotion de la santé doit maintenant consister en messages soigneusement choisis à l'intention des groupes visés. D'une façon générale, cela signifie :

- l'intérêt pour la santé des « convertis » doit être maintenu à son haut niveau actuel,
- le peu d'intérêt manifesté pour la santé par les « non convertis » doit être intensifié.

Une approche qui permettrait d'atteindre ces deux objectifs pourrait consister à recruter activement des « convertis » pour atteindre des « non convertis », en utilisant des modèles de rôle positifs entre autres techniques. Une telle stratégie devrait tenir compte du concept de l'impuissance, particulièrement en ce qui concerne les groupes démunis sur le plan socio-économique. Si l'on se contente uniquement d'augmenter le volume de la rhétorique de promotion de la santé, il y a peu de chance que cette dernière soit efficace et elle risque même d'être néfaste.

Cette suggestion est le fruit d'une analyse des données combinées concernant plusieurs sujets se rapportant à la santé. Elle doit être complétée par des stratégies

particulières à chaque sujet, tel que nous l'avons exposé dans les chapitres précédents. Cependant, le message total est très clair : pour obtenir des progrès continus et significatifs dans la promotion de la santé et la prévention des maladies, il faudra élaborer des stratégies plus complexes, conçues spécifiquement pour chaque groupe différent de la société.

Bibliographie

1. **J. Dumas**. « Rapport sur l'état de la population du Canada, 1983 ». *La conjoncture démographique*, vol. 1, no 1 (mai 1985). Ottawa, Statistique Canada (no de catalogue 91-209).

2. **Gouvernement du Canada**. *Précis sur le vieillissement au Canada*. Ottawa, Ministre des Approvisionnements et Services Canada, 1983.

3. **W.J. Millar et D.T. Wigle**. « Socioeconomic disparities in risk factors for cardiovascular disease ». *Canadian Medical Association Journal*, vol. 134 (1986), p. 127-132.

4. **R. Wilkins R et O.B. Adams**. *Healthfulness of Life*. Montréal, Institut de recherches politiques, 1983.

5. **C. Peterson et M. Seligman**. « Causal explanations as a risk factor for depression: theory and evidence ». *Psychological Reviews*, vol. 91 (1984), p. 347-374.

6. **A. Bandura** (éd.). « Self-efficacy ». dans *Social Foundations of Thought and Action*. Englewood Cliffs (New Jersey), Prentice Hall, 1986.

7. **R. Rodale** (éd.). *Development of the Rodale Prevention Index*. Emmaus (Pennsylvania), Rodale Press, 1983.

TABLEAU 1 : POURCENTAGE DE LA POPULATION AYANT RECONNU LE BESOIN DE FAIRE DES EFFORTS POUR AMÉLIORER SA SANTÉ ET SA FAÇON DE MAÎTRISER LE STRESS, SELON L'ÂGE, LE SEXE ET LE NIVEAU D'INSTRUCTION, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985

	Total (en milliers)	% de la population ayant reconnu le besoin de faire des efforts pour améliorer . . . Santé physique	Façon de maîtriser le stress
Population totale de 15 ans et plus	19 611	67.7	31.4
Hommes	9 623	66.5	27.6
Femmes	9 989	68.8	35.1
ÂGE			
15-24	4 333	74.1	29.1
H	2 203	70.2	22.7
F	2 130	78.1	35.7
25-44	8 005	78.3	38.5
H	3 994	77.7	35.0
F	4 011	79.0	41.9
45-64	4 827	59.0	27.9
H	2 371	56.0	24.9
F	2 456	61.9	30.8
65 et plus	2 446	38.7	19.5
H	1 054	40.1	15.8
F	1 392	37.7	22.3
NIVEAU D'INSTRUCTION			
Études primaires	7 173	55.8	26.8
Études secondaires	7 871	73.7	33.8
Études post-secondaires	4 368	77.2	35.2

TABLEAU 2 : « QUELLE EST LA CHOSE LA PLUS IMPORTANTE QUE VOUS DEVRIEZ FAIRE POUR AMÉLIORER VOTRE SANTÉ PHYSIQUE? », SELON L'ÂGE, LE SEXE ET LE NIVEAU D'INSTRUCTION, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985

	Total+ (en milliers)	Faire plus d'exercice (%)	Cesser de fumer (%)	Améliorer mes habitudes alimentaires (%)	Perdre du poids (%)	Réduire ma consommation de drogues, médicaments ou alcool (%)	Autre (%)
Population totale de 15 ans et plus	13 270	60.1	15.1	11.1	7.3	0.9	5.1
Hommes	6 396	59.6	17.2	10.9	5.3	1.8	5.1
Femmes	6 874	60.5	13.2	11.3	9.2	–	5.1
ÂGE							
15-24	3 209	64.8	12.9	13.0	5.4	–	2.7
25-44	6 268	59.3	17.7	10.2	7.0	–	4.3
45-64	2 846	57.4	14.5	9.9	9.9	–	7.6
65 et plus	947	57.0	–	14.3	7.9	–	10.9
NIVEAU D'INSTRUCTION							
Études primaires	3 999	58.3	16.6	10.5	6.3	–	6.7
Études secondaires	5 798	59.4	15.8	11.5	7.9	–	4.3
Études post-secondaires	3 370	63.5	12.6	10.8	7.5	–	4.3

– ne peuvent être diffusées
+ Ces chiffres ne tiennent compte que de ceux qui estiment devoir améliorer leur santé.

TABLEAU 3 : « QUELLE EST LA CHOSE LA PLUS IMPORTANTE QUE VOUS DEVRIEZ FAIRE POUR AMÉLIORER LA FAÇON DONT VOUS MAÎTRISEZ LE STRESS? », SELON L'ÂGE, LE SEXE ET LE NIVEAU D'INSTRUCTION, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985

	Total+ (en milliers)	Travailler moins (%)	Faire plus d'exercice (%)	Sortir ou recevoir (%)	Modifier mon mode de vie (%)	Réduire ma consommation de drogues, médicaments ou alcool (%)	Autre (%)
Population totale de 15 ans et plus	6 163	52.8	16.7	10.3	4.6	0.8	13.0
Hommes	2 655	49.0	19.5	9.8	6.2	1.3*	12.3
Femmes	3 508	55.7	14.5	10.7	3.5	–	13.6
ÂGE							
15-24	1 260	53.7	12.9	15.1	3.0*	–	12.7
25-44	3 080	51.4	20.6	8.6	4.2	–	12.9
45-64	1 346	52.4	13.8	8.3	6.5	–	14.3
65 et plus	477	60.8	–	14.4	–	–	11.4
NIVEAU D'INSTRUCTION							
Études primaires	1 923	57.1	12.5	13.2	1.2*	–	12.8
Études secondaires	2 659	53.6	14.8	9.5	6.4	–	13.5
Études post-secondaires	1 535	45.9	25.4	8.5	5.7	–	12.1

* forte variabilité d'échantillonnage
– ne peuvent être diffusées
+ Ces chiffres ne tiennent compte que de ceux qui estiment devoir améliorer la façon dont ils maîtrisent le stress.

TABLEAU 4 : POURCENTAGE DE LA POPULATION QUI ESTIME AVOIR BESOIN DE PLUS D'INFORMATION SUR LES SUJETS RELATIFS À LA SANTÉ, SELON L'ÂGE, LE SEXE ET LE NIVEAU D'INSTRUCTION, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985

	Total+ (en milliers)	Alimentation (%)	Hypertension (%)	Sécurité (%)	Santé mentale (%)	Usage du tabac (%)	Usage de l'alcool (%)	Marijuana (%)	Rien (%)
Population totale de 15 ans et plus	19 611	11.5	9.6	9.0	7.9	4.9	4.1	1.2	78.5
Hommes	9 623	9.9	8.5	7.2	6.2	3.8	3.7	3.1	81.5
Femmes	9 989	13.0	10.6	10.8	9.5	6.0	4.5	4.6	75.6
ÂGE									
15-24	4 333	12.0	8.4	9.6	9.5	6.3	6.2	5.1	79.1
25-44	8 005	14.4	11.1	11.2	9.0	6.2	5.0	4.6	74.8
45-64	4 827	7.5	8.1	6.8	6.3	3.3	2.3	2.9	82.1
65 et plus	2 446	8.7	9.4	5.3	4.6	–	–	–	82.4
NIVEAU D'INSTRUCTION									
Études primaires	7 173	9.9	8.1	7.9	6.4	4.9	3.4	3.1	82.6
Études secondaires	7 871	12.6	10.9	9.4	9.2	5.7	4.4	4.2	75.6
Études post-secondaires	4 368	12.4	9.9	10.7	8.1	3.8	4.5	4.6	76.6

– ne peuvent être diffusées
NOTA : La taille de l'échantillon ne permet pas de faire une ventilation par province pour ces sujets.

TABLEAU 5 : **POURCENTAGE DE LA POPULATION AYANT L'INTENTION D'APPORTER CERTAINS CHANGEMENTS POUR AMÉLIORER SA SANTÉ AU COURS DE L'ANNÉE APRÈS L'ENQUÊTE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985**

	Total (en milliers)	Faire plus d'exercice (%)	Améliorer les habitudes alimentaires (%)	Perdre du poids (%)	Cesser de fumer / réduire la consommation de tabac (%)	Réduire le niveau de stress / maîtriser le stress (%)	Recevoir des traitements médicaux (%)	Vérifier / contrôler la tension artérielle (%)	Réduire la consommation de drogues, médicaments ou alcool (%)	Autre (%)	Rien (%)
Population totale de 15 ans et plus	19 611	32.9	13.4	9.8	10.4	2.0	2.0	1.4	1.1	4.3	38.3
Hommes	9 623	31.5	10.1	6.2	10.7	1.9	1.7	–	1.7	4.1	43.3
Femmes	9 989	34.3	16.5	13.3	10.2	2.1	2.3	1.5	–	4.5	33.5
ÂGE											
15-24	4 333	44.4	19.0	6.2	10.6	–	0.5*	–	–	2.9	30.7
25-44	8 005	37.8	14.0	11.5	12.8	2.5	0.9*	–	–	4.2	33.1
45-64	4 827	23.6	9.8	13.0	10.5	2.6	3.4	–	–	5.2	42.9
65 et plus	2 446	15.0	8.6	–	–	–	5.3	–	–	5.2	59.8
NIVEAU D'INSTRUCTION											
Études primaires	7 173	26.2	12.9	12.0	10.4	1.5	3.4	1.6	1.7	4.7	44.8
Études secondaires	7 871	35.6	14.2	14.8	11.3	1.6	1.6	1.0*	–	3.4	35.6
Études post-secondaires	4 368	40.3	12.8	12.6	9.1	3.5	–	–	–	5.2	33.2

* forte variabilité d'échantillonnage
– ne peuvent être diffusées

TABLEAU 6 : POURCENTAGE DE LA POPULATION AYANT COTÉ TRÈS IMPORTANTE L'INTERVENTION DE L'ÉTAT DANS LES DOMAINES DE SANTÉ CHOISIS, SELON L'ÂGE, LE SEXE ET LE NIVEAU D'INSTRUCTION, PAR PROVINCE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985

	Population (en milliers)	Consommation de drogues (%)	Usage du tabac (%)	Usage de l'alcool (%)	Hypertension (%)	Santé des enfants (%)	Habitudes alimentaires (%)	Santé mentale (%)	Prévention des accidents à la maison (%)	Prévention des accidents au travail (%)	Prévention des accidents de la route (%)	Moyenne pour tous les domaines (%)
Tous les âges	19 611	74.2	53.6	70.2	46.1	72.4	39.8	60.1	48.3	60.7	77.8	60.3
15-24	4 333	70.1	47.3	72.0	40.2	73.2	35.3	57.1	49.5	62.6	80.9	58.8
25-44	8 005	75.0	56.3	73.6	48.4	77.2	39.9	59.0	48.5	58.7	78.1	61.5
45-64	4 827	78.1	56.6	68.4	47.5	70.6	43.1	65.3	47.0	63.4	77.6	61.8
65 et plus	2 446	70.9	49.8	59.2	46.0	59.3	41.2	58.5	48.3	59.0	72.1	56.4
SEXE												
Hommes,												
15 ans et plus	9 623	69.8	47.2	63.3	39.6	69.2	32.0	52.3	40.8	57.4	74.3	54.6
15-24	2 203	62.5	40.7	63.7	36.1	69.7	30.1	46.4	43.1	60.3	77.2	52.1
25-44	3 994	69.6	49.8	67.6	40.5	73.3	30.0	49.8	36.7	52.2	71.4	54.1
45-64	2 371	77.2	51.2	60.8	39.5	66.5	35.0	59.8	42.0	61.7	76.3	57.0
65 et plus	1 054	69.0	42.1	52.0	43.4	58.9	36.5	57.5	48.9	61.4	74.3	54.4
Femmes,												
15 ans et plus	9 989	78.5	59.7	76.8	52.3	75.5	47.4	67.5	55.6	64.0	81.3	65.9
15-24	2 130	78.1	54.1	80.7	44.5	76.7	40.7	68.2	56.1	64.9	84.8	64.8
25-44	4 011	80.4	62.7	79.6	56.3	81.0	49.7	68.2	60.3	65.2	84.8	68.8
45-64	2 456	79.1	61.9	75.8	55.2	74.5	50.9	70.6	51.8	65.1	78.8	66.4
65 et plus	1 392	72.4	55.7	64.5	48.0	59.6	44.8	59.2	47.8	57.1	70.4	57.1
NIVEAU D'INSTRUCTION												
Études primaires	7 713	71.5	48.3	64.8	45.0	70.1	38.9	61.4	51.2	64.0	76.5	59.2
Études secondaires	7 871	75.6	53.8	73.3	46.8	74.8	40.7	60.3	48.5	61.7	80.6	61.6
Études post-secondaires	4 368	77.3	62.9	75.0	47.6	73.3	40.8	58.6	44.3	54.9	76.7	61.6
PROVINCE												
Terre-Neuve	423	77.4	63.7	76.3	58.5	77.0	37.3	66.9	62.0	66.9	81.2	66.7
Î.-P.-É.	96	79.0	58.5	75.4	49.6	72.6	35.3	57.8	48.0	61.3	78.4	61.6
Nouvelle-Écosse	681	79.4	58.8	75.6	52.6	73.6	36.1	64.5	52.0	57.5	77.8	62.8
Nouveau-Brunswick	544	80.2	57.5	76.5	52.9	76.1	42.9	64.3	52.4	68.6	83.3	65.5
Québec	5 148	74.5	58.3	72.2	51.9	79.7	63.6	69.7	60.9	67.2	79.0	67.7
Ontario	7 096	72.4	49.7	65.7	42.1	66.1	29.2	54.4	42.0	59.8	76.9	55.8
Manitoba	818	75.6	48.0	69.4	43.2	71.5	30.4	57.7	40.8	60.5	76.1	57.3
Saskatchewan	759	78.4	51.4	69.4	43.4	69.5	31.2	56.6	44.4	53.8	76.0	57.4
Alberta	1 762	73.9	50.6	71.8	42.7	72.3	31.3	57.2	42.1	55.0	74.0	57.1
C.-B.	2 267	73.8	55.3	74.3	43.8	75.0	33.4	56.7	44.0	53.0	80.1	58.9
Yukon	17	71.2	48.1	71.1	40.2	70.2	31.3	54.5	38.6	55.2	68.0	54.8

16

Conclusions de l'Enquête Promotion Santé

Thomas Stephens*
Expert-conseil en épidémiologie sociale
et en recherche par voie d'enquêtes
Manotick (Ontario)

* Ce chapitre a été préparé quand l'auteur était un scientifique invité à l'*Office of Analysis and Epidemiology, National Center for Health Statistics*, Hyattsville (Maryland), États-Unis.

Introduction

Ce dernier chapitre vise deux objectifs principaux. Le premier est de fournir une synthèse de certains résultats de l'Enquête Promotion Santé (EPS) tandis que le second est de nous faire voir l'utilité de la base de données en tant qu'outil de planification en nous montrant comment elle seule permet de répondre à certaines questions importantes.

Le présent chapitre, comme l'ensemble du rapport, s'intéresse essentiellement aux pratiques d'hygiène et à l'entraide, en particulier dans certains groupes cibles choisis, notamment les femmes, les hommes d'âge mûr, les groupes défavorisés et les personnes âgées. On y présente également un aperçu des différences interprovinciales sur le plan des pratiques sanitaires. On relève au Canada 11 profils différents en ce qui concerne les comportements et les attitudes ayant une incidence sur la santé, et cet aperçu nous montre comment chaque province ou territoire a quelque chose à apprendre des autres.

En outre, nous décrivons certaines des influences sur le comportement qui sont définies dans le modèle théorique (chapitre 1). La connaissance de ces influences pourrait être très utile pour la planification des initiatives de promotion de la santé, d'une part, en raison de la pertinence de ce facteur et, d'autre part, parce qu'on a rarement disposé d'informations semblables dans le passé. Ces influences comprennent les attitudes et les intentions, les connaissances et les croyances ainsi que les facteurs sociaux tels que l'amitié et le comportement des amis. Nous passerons en revue les données des chapitres précédents qui attestent du lien qui existe entre ces facteurs et le comportement, et nous résumerons certaines attitudes et croyances des groupes cibles importants.

Enfin, ce chapitre traite des objectifs des politiques et des programmes. Conformément au *Plan d'ensemble pour la promotion de la santé*[1], ces objectifs comprennent l'atténuation des disparités et l'intensification de la prévention.

Groupes à risque

Groupes cibles

Comme nous l'avons mentionné au premier chapitre, en 1982, la Direction de la promotion de la santé du ministère de la Santé nationale et du Bien-être social a désigné plusieurs groupes cibles sur lesquels devaient être axés les programmes de promotion de la santé. Les chapitres précédents fournissaient des données sur bon nombre de ces groupes, à l'exception des enfants, des personnes handicapées et des autochtones. Outre les pratiques d'hygiène des jeunes, des personnes âgées, des femmes et des personnes défavorisées, il est possible et utile de résumer celles des hommes d'âge mûr[2], car c'est dans ce groupe que surviennent la majorité des décès dus aux cardiopathies au Canada[3].

Voici les groupes cibles qui ont été définis :

- les femmes âgées de 15 ans et plus,
- les jeunes de 15 à 24 ans,
- les hommes d'âge mûr, c'est-à-dire de 45 à 64 ans,
- les personnes âgées de 65 ans et plus,
- les personnes défavorisées, soit parce qu'elles n'ont pas terminé leurs études secondaires, soit parce qu'elles se situent dans le quintile de revenu familial le plus bas.

Les femmes représentent 51 % de la population adulte canadienne. Les autres groupes sont tous des minorités importantes qui représentent chacune de 13 à 22 % des adultes canadiens. Évidemment, beaucoup de personnes appartiennent à plusieurs de ces groupes. La première ligne du tableau 1 donne l'envergure de ces groupes en 1985.

Définition des pratiques d'hygiène

Dans le tableau 1, on énumère 16 pratiques qui ont un rapport avec la santé. Dans bien des cas (p. ex., usage du tabac), il était facile de déterminer quel était le comportement souhaitable. Dans d'autres cas (p. ex., consommation d'alcool), l'existence de courbes dose-effet signifie que cet exercice avait un caractère quelque peu arbitraire. Dans de tels cas, on a adopté une définition prudente du risque, ce qui fait que la fréquence du comportement souhaitable dans la population est inférieure à celle qu'elle aurait pu être. Par exemple, si l'on n'utilise pas « toujours » la ceinture de sécurité, cette omission est considérée comme risquée, même si cela signifie que les expressions « presque toujours » et « jamais » sont traitées comme des synonymes. S'ils souhaitent avoir plus de détail, les lecteurs n'ont qu'à se reporter au chapitre pertinent.

En ce qui concerne les trois pratiques préventives propres aux femmes, les définitions utilisées varient selon l'âge. Dans ces cas, nous avons adopté les critères du Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique[4]. Pour obtenir la fréquence de ces pratiques préventives dans l'ensemble de la population, nous avons utilisé le critère de la majorité de la population.

Le tableau 1 donne la fréquence de 13 comportements dans cinq groupes cibles et dans l'ensemble de la population ainsi que de trois pratiques préventives supplémentaires qui concernent uniquement les femmes.

La répartition en pourcentage révèle une très grande amplitude dans les pourcentages des groupes ayant de bonnes pratiques d'hygiène. En effet, les taux varient de 94 %, dans le cas des personnes qui n'ont pas consommé de drogues illicites, à 21 %, dans le cas de celles qui ont suivi des cours de premiers soins. En réalité, les écarts entre les groupes sont beaucoup moins considérables, néanmoins, les pratiques sont loin d'être uniformes au sein de la population canadienne. Des 16 pratiques énumérées au tableau 1, seule l'utilisation des ceintures de sécurité et des sièges de bébé chez les enfants semble être uniforme dans tous les groupes.

Les femmes semblent mener des vies plus saines que les autres groupes. En règle générale, elles n'ont pas toutes les connaissances nécessaires en matière de sécurité, mais, en ce qui concerne d'autres aspects de la sécurité de même que l'abus d'alcool ou de drogues, les femmes ont habituellement de meilleures habitudes d'hygiène que les hommes. En outre, on note que l'application des trois techniques de dépistage du cancer est moins répandue parmi les femmes jeunes et celles qui sont peu instruites de même que chez les femmes âgées.

Les jeunes des deux sexes ont cinq comportements dangereux qui peuvent mettre leur santé en péril, et les jeunes filles sont exposées à trois risques supplémentaires. L'interaction de trois de ces comportements, à savoir consommer de l'alcool, faire usage de drogues illicites et ne pas porter de ceinture de sécurité pourrait avoir des conséquences désastreuses.

Les hommes d'âge mûr et les adolescents ont en commun le goût de l'alcool et le dédain de la ceinture de sécurité. Plus que tout autre groupe, ils admettent également prendre le volant après avoir consommé de l'alcool. Le manque d'exercice allié à l'une des plus fortes consommations du tabac laisse entrevoir la possibilité de maladies cardio-vasculaires.

En règle générale, les pratiques d'hygiène et l'entraide sont moins répandues dans le groupe des personnes démunies que dans l'ensemble de la population. Le groupe des personnes à faible revenu est à risque aussi car c'est ce groupe qui a reçu le moins de formation en ce qui concerne les techniques de premiers soins, qui possède le moins de dispositifs de sécurité et qui a reçu le moins d'information sur la santé au travail. Dans le cas des ceintures de sécurité et de l'exercice, ce sont les personnes qui n'ont pas terminé leurs études secondaires qui sont les plus exposées au risque.

À quelques exceptions près, les personnes âgées ont un mode de vie plus sain que l'ensemble de la population. Une exception très nette concerne les connaissances en matière de sécurité, qui sont moins répandues parmi la population âgée. En outre, ce groupe possède moins de dispositifs de sécurité que les autres.

Profils provinciaux

Dans chacun des chapitres du présent rapport, on note des différences interprovinciales dans la fréquence de certains comportements qui ont une incidence sur la santé. Les données pertinentes sont résumées au tableau 2.

Afin de faciliter les comparaisons et de donner une impression générale des comportements ayant une incidence sur la santé au sein d'une province ou d'un territoire, le tableau ne présente que des niveaux par rapport à l'ensemble du Canada. Si rien n'est indiqué pour une variable particulière, cela veut dire que le niveau provincial pour cette variable correspond au niveau national ou s'en approche. Un moins (–) signifie que le niveau provincial est inférieur à la moyenne nationale tandis que le signe plus (+) indique qu'il la dépasse. Lorsque ces signes sont doubles (––) ou (++), cela signifie que la province se situe au premier ou au dernier rang pour la variable en question. Inutile de dire que, dans certains cas, un + indique un comportement favorable à la santé tandis que dans d'autres cas, c'est le signe – qui a ce sens.

L'impression qui se dégage du tableau 2 est qu'il y a 11 profils de comportements uniques au Canada et que, dans l'ensemble, aucun n'est carrément « meilleur » ou « pire » que les autres.

Non seulement les taux de fréquence varient-ils, mais encore les groupes de comportements connexes sont différents d'une province à l'autre. Par exemple, c'est à Terre-Neuve et au Yukon que l'usage du tabac est le plus répandu, tandis que l'appui accordé aux programmes d'air pur en milieu de travail est très élevé à Terre-Neuve mais très faible au Yukon. Le Québec est la province dans laquelle les gens ont le moins à intervenir pour empêcher une autre personne de conduire après avoir consommé de l'alcool, mais ils sont parmi les plus nombreux à intervenir, le cas échéant. En Saskatchewan, c'est le phénomène contraire qu'on observe, en effet les résidents de cette province sont moins portés à intervenir mais sont parmi ceux qui risquent le plus de se retrouver dans une situation exigeant leur intervention. Dans le cas de l'Ontario, les chiffres se rapprochent le plus souvent de la moyenne nationale en raison de la taille de cette province, mais on note des exceptions importantes en ce qui concerne certains comportements. Par ailleurs, les données relevées au Manitoba, en Saskatchewan et à Terre-Neuve, qui sont des provinces relativement petites, sont souvent très voisines des moyennes nationales. Les régions qui s'éloignent le plus souvent de ces moyennes sont la Colombie-Britannique et le Yukon, or ces deux provinces voisines ont habituellement des résultats à l'opposé les uns des autres. À l'inverse, les provinces voisines du Nouveau-Brunswick, de la Nouvelle-Écosse et de l'Île-du-Prince-Édouard sont très semblables à bien des égards. L'Alberta ressemble aux autres provinces des Prairies en ce qui concerne de nombreuses pratiques, mais elle s'en distingue à d'autres égards, comme l'application des techniques préventives propres aux femmes et la connaissance de la technique de réanimation cardio-respiratoire.

Tendances dans le temps

En concevant l'Enquête Promotion Santé, on connaissait très bien les résultats des enquêtes sur la santé antérieures menées au Canada (chapitre 1), et c'est pourquoi il est possible de comparer la fréquence de diverses pratiques préventives et d'hygiène en 1985 avec les taux qui avaient cours antérieurement. En règle générale, on utilise 1978-1979 comme année de référence car c'est l'année où l'on a effectué l'Enquête Santé Canada[5]. Il est possible de faire des comparaisons semblables en raison de la similitude des questions et du plan d'étude de l'Enquête Promotion Santé et de l'Enquête Santé Canada. Bien que ces deux enquêtes comportent sans doute des erreurs, il n'y a

pas lieu de croire en une erreur systématique qui expliquerait les améliorations survenues au cours de cette période de six ans.

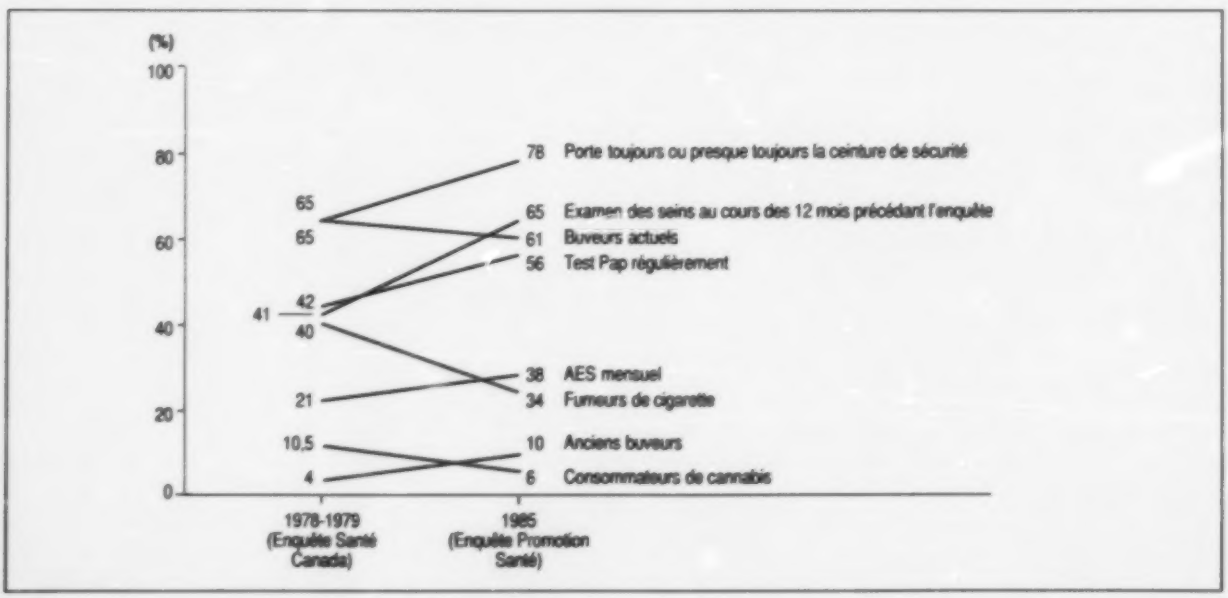
La figure A montre les changements dans la fréquence de neuf pratiques ayant une incidence sur la santé, les seuls comportements pour lesquels on dispose de données vraiment comparables. Dans chaque cas, on a noté une amélioration. En particulier, on a observé une augmentation impressionnante dans la régularité des pratiques préventives propres aux femmes de même qu'en ce qui concerne le port de la ceinture de sécurité. En outre, on a observé des réductions moins dramatiques, mais néanmoins importantes, dans la fréquence de la consommation d'alcool, ainsi que de l'usage du tabac et du cannabis.

Analyse

Cet aperçu des pratiques d'hygiène et de l'entraide dans la population canadienne devrait permettre de concentrer les efforts en matière de promotion de la santé sur les secteurs qui en ont le plus besoin. Le lecteur devrait toutefois se rappeler que certains groupes clés ne sont pas couverts par cette analyse. Par exemple, le tableau ne fait pas état de l'usage du tabac chez les jeunes femmes bien qu'il s'agisse d'un sujet de préoccupation (chapitre 3). Les autochtones, les personnes handicapées et les enfants ne sont pas non plus étudiés. Par ailleurs, les données sur les hommes d'âge mûr nous indiquent que ce groupe devrait être traité comme un groupe cible sur lequel il conviendrait d'axer les efforts en matière de promotion de la santé.

Les constantes qu'on observe au tableau 1 viennent corroborer la conclusion du chapitre 13 qui établit un lien entre les comportements et l'état de santé. Si les données dans ce chapitre ne sont pas concluantes, il reste que les comportements étudiés dans l'ensemble du rapport correspondent à ce que nous savons de la mortalité dans ces groupes. En règle générale, les femmes ont une vie plus saine que les hommes à bien des égards et vivent en moyenne sept ans de plus[6]. Les personnes démunies sont aux prises avec plus d'incapacités et meurent plus jeunes que leurs concitoyens plus instruits et plus aisés[7]. En outre, les pratiques d'hygiène et l'entraide sont généralement moins répandues dans ce groupe. Les jeunes sont habituellement en bonne santé, mais ils sont sur-représentés parmi les victimes d'accidents de la route[3]; or le fait que la consommation d'alcool et l'usage de drogues illicites soient plus répandus dans ce groupe et que le port de la ceinture de sécurité le soit moins n'est peut-être pas une coïncidence à cet égard. C'est chez les hommes d'âge mûr qu'on relève la plus forte prévalence de maladies coronariennes, qui sont une cause importante de mortalité chez les hommes de tous les âges[3]. L'usage du tabac et le manque d'exercice sont sans doute deux des causes de ce phénomène, bien que les données de cette enquête ne permettent pas de le

FIGURE A : **FRÉQUENCE DE CERTAINES PRATIQUES D'HYGIÈNE ET AMÉLIORATION DE LA PRÉVENTION, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1978-1979 ET 1985**



démontrer de façon concluante. Enfin, il importe de souligner que les personnes âgées ont généralement des habitudes de vie saines. Ce phénomène est probablement attribuable à la survie sélective, c'est-à-dire à la tendance des personnes qui ont des habitudes de vie saines à vivre plus longtemps. Bien que ces données transversales ne fournissent pas de preuve concluante quant à cette relation, une étude prospective antérieure[8] a permis de démontrer que tel était le cas.

Questions ouvertes

Ce type d'analyse laisse entrevoir de nouvelles questions qu'il sera possible d'explorer grâce à la base de données de l'Enquête Promotion Santé. On peut définir d'autres groupes à étudier, notamment les personnes handicapées (Q. 16 et 17), les membres de divers groupes linguistiques (Q. 83) et les travailleurs dans diverses professions ou industries (Q. 92 à 94). Pour effectuer de telles analyses, il peut être important de normaliser les données selon l'âge, le sexe et le niveau d'instruction. Si l'on étudie le tableau 1, par exemple, il faut se rappeler que la majorité des personnes âgées sont des femmes, que la plupart des jeunes sont relativement bien instruits et qu'un bon nombre des personnes défavorisées sont âgées. Une telle normalisation a moins d'importance si l'on s'intéresse au niveau de prévalence absolu, mais elle l'est davantage lorsqu'on veut expliquer les phénomènes observés (voir annexe A).

Dans de nombreux cas, les analyses qui portent sur les groupes cibles peuvent être réalisées à l'échelle provinciale ou territoriale, bien que certains des groupes soient parfois trop réduits (p. ex., les hommes d'âge mûr) pour permettre un examen détaillé, surtout lorsque les comportements ne sont pas très répandus. Il reste toutefois que le plan d'échantillonnage a été conçu de manière à ce que toutes les provinces offrent les mêmes possibilités en ce qui concerne les analyses ultérieures, ce qui est une caractéristique unique de cette enquête.

Les profils provinciaux présentés au tableau 2 soulèvent certaines questions importantes, notamment en ce qui concerne la normalisation. Dans l'annexe A, on laisse entendre que la normalisation selon l'âge, le sexe et le niveau socio-économique (éducation ou revenu) aura probablement peu d'effet sur les taux de fréquence ou le rang. Comme l'exemple cité dans cette annexe a trait à l'usage du tabac et à l'exercice, comportements qui varient tous les deux avec l'âge et la situation socio-économique, et qu'on fait des comparaisons entre la province la plus jeune et la plus vieille, l'absence de normalisation dans ces tableaux ne semble pas poser de grands problèmes.

Il est impossible de répondre à la question la plus importante soulevée par ces comparaisons interprovinciales en se fondant uniquement sur les données de l'Enquête Promotion Santé, mais cela reste néanmoins une question qui mérite d'être étudiée. On se demande en effet s'il est possible que des différences systématiques dans les programmes ou les politiques sous-tendent les profils de comportements qu'on relève ici. Il semble en effet que des différences dans les lois provinciales régissant le port de la ceinture de sécurité et l'usage de sièges d'enfants permettent d'expliquer des différences importantes en ce qui concerne l'utilisation de ces dispositifs de sécurité (chapitre 8). Il est tout à fait possible que d'autres programmes ou politiques établis expliquent les taux de fréquence relevés dans le tableau 2. Si l'on parvient à cerner les caractéristiques particulières de ces programmes, on sera mieux en mesure de déterminer quels sont les modèles à imiter si l'on veut promouvoir des comportements sains.

La question la plus importante soulevée par les progrès réalisés consiste à savoir si les tendances qui se sont manifestées entre 1970, 1979 et 1985 se poursuivront. On ne sera en mesure de répondre à cette question qu'après avoir répété l'Enquête Promotion Santé. À l'heure actuelle, on prévoit que cette mise à jour aura lieu en 1990. D'après les lignes de tendance de la figure A, une période de cinq ans est suffisamment longue pour permettre d'observer des changements appréciables.

Influences sur le comportement

Attitudes, croyances et intentions liées au comportement

Dans le chapitre 1, on explique les raisons qui sont à l'origine de l'Enquête Promotion Santé. En outre, on parle de l'utilité de bien connaître les attitudes, les croyances et les intentions relatives à la santé des adultes canadiens dans la planification des programmes de promotion de la santé.

Le modèle théorique (chapitre 1) nous montre que les connaissances et les croyances sont des conditions nécessaires mais non suffisantes au comportement sain. À l'instar des attitudes et des intentions, elles sont assujetties à une foule d'influences qui ne s'exercent pas toujours de façon uniforme. Sans aucun doute, les spécialistes des sciences sociales tentent depuis longtemps d'expliquer les contradictions qui existent entre les attitudes et les comportements des gens.

Bien que le cadre théorique de l'Enquête Promotion Santé ne permette pas de prédire le comportement, il nous montre néanmoins l'importance d'être mieux informés au sujet de certaines de ces influences psychosociales importantes. Plusieurs exemples des chapitres précédents nous montrent l'importance d'inclure les connaissances, les croyances, les attitudes et les intentions dans une enquête sur les pratiques d'hygiène :

- Les fumeurs sont moins bien informés que les non-fumeurs sur diverses questions liées à l'usage du tabac. En général, ils sont moins conscients des effets qu'exerce le comportement des parents, du danger que représente la consommation du tabac pour le foetus et des bienfaits qui accompagnent le renoncement au tabac (chapitre 3).

- Les fumeurs ont immanquablement des attitudes différentes de celles des non-fumeurs à l'égard de l'usage du tabac. En général, ils pensent davantage que les gens se préoccupent trop de la fumée des autres et que les non-fumeurs toléreront leur fumée. En outre, ils sont moins portés à croire que les non-fumeurs devraient avoir des aires de travail sans fumée ou qu'ils devraient demander la permission avant d'allumer une cigarette (chapitre 2).
- En règle générale, les utilisateurs de cannabis sont beaucoup moins portés que les non-utilisateurs à croire que la consommation de cette drogue peut entraîner des problèmes de santé généraux ou particuliers (chapitre 5).
- La proportion des femmes qui procèdent à un autoexamen des seins mensuel est de 10 % plus élevée chez celles à qui l'on a appris comment le faire (chapitre 7).
- Les croyances concernant la quantité d'alcool qui peut être ingérée sans nuire à la capacité de conduire sont étroitement liées au comportement. Parmi les personnes qui affirment qu'elles peuvent conduire en toute sécurité après avoir consommé de l'alcool, seulement 2 % prennent le volant après avoir bu. En comparaison, 55 % des répondants pensent qu'ils peuvent conduire en toute sécurité après avoir consommé 5 verres (chapitre 8).
- L'appui accordé à une intervention gouvernementale dans le domaine de la sécurité routière est lié à l'usage de la ceinture de sécurité. En effet, 80 % des personnes qui portent toujours leur ceinture de sécurité estiment que la sécurité routière est une préoccupation très importante du gouvernement, tandis que parmi celles qui croient qu'il ne s'agit pas d'une question très importante, cette proportion n'est que de 52 % (chapitre 8).
- En général, les Canadiens qui estiment faire un effort réel pour améliorer leur santé sont plus nombreux à avoir muni leur foyer de dispositifs de sécurité que ceux qui ne sont pas de cet avis (chapitre 9).
- Les personnes qui font régulièrement de l'exercice ont des opinions différentes de celles des Canadiens sédentaires en ce qui a trait aux bienfaits d'une activité physique accrue. Les personnes inactives âgées de 25 à 44 ans s'attendent à retirer davantage de bienfaits d'une activité physique accrue que les personnes déjà actives. (chapitre 12).

Connaissances, croyances, attitudes et intentions des groupes cibles

Comme on peut le voir d'après ces exemples, les pratiques, les attitudes, les croyances et les connaissances en ce qui concerne la santé sont étroitement liées, c'est pourquoi il importe de connaître la distribution de ces influences psychosociales dans la population. L'Enquête Promotion Santé constitue à cette fin une source de données d'une richesse sans précédent.

Le tableau 3 nous donne un aperçu de la fréquence de ces facteurs dans les groupes cibles qu'on retrouve dans le tableau 1. On a réuni les attitudes et les intentions, d'une part, et les croyances et les connaissances de l'autre. On a associé ces facteurs afin de donner un aperçu général de la situation et de montrer la fréquence des attitudes ou des intentions positives de même que des connaissances et des croyances exactes en ce qui concerne la santé.

Bien que les différences entre les groupes soient moins marquées en ce qui concerne les attitudes et les intentions que dans le cas du comportement, il y a néanmoins certaines constantes importantes qui se dégagent du tableau 3. En effet, plus que tout autre groupe, les femmes ont des attitudes et des intentions qui sont généralement plus favorables à l'égard de la santé. Dans le cas des jeunes, les attitudes varient, mais c'est dans ce groupe qu'on note la plus grande volonté d'apporter des changements au cours de l'année à venir. Les attitudes des hommes d'âge mûr sont en général plus négatives que celles de l'ensemble de la population, sauf en ce qui concerne la promotion de la santé au travail, envers laquelle ils ont une attitude très positive. Les données sont moins abondantes dans le cas des personnes désavantagées, mais il est évident que les personnes qui n'ont pas terminé leurs études secondaires ont une attitude relativement négative à l'égard de la promotion de la santé au travail et de l'intervention de l'État dans les questions qui ont trait à la santé. En outre, la volonté de modifier son comportement au cours de l'année à venir afin d'améliorer sa santé est moins répandue dans ce groupe. Chez les personnes âgées, on relève une autre série d'attitudes, c'est en effet dans ce groupe qu'on observe la plus grande préoccupation à l'égard de la fumée de cigarette dans l'air ambiant, mais l'appui le plus faible en faveur d'une intervention de l'État et une volonté négligeable de modifier les comportements afin d'être en meilleure santé.

Les variations sur le plan des connaissances et des croyances qu'on peut observer dans la deuxième partie du tableau 3 sont beaucoup plus marquées que celles qu'on relève dans le cas des attitudes et des intentions. Bien qu'il soit risqué de généraliser, étant donné le nombre limité de sujets, on peut voir que ce sont les femmes et les jeunes qui sont le mieux renseignés et qui ont les attitudes les plus positives tandis que les hommes d'âge mûr, les personnes âgées et les gens qui n'ont pas terminé leurs études secondaires ont des croyances plus négatives et sont moins bien renseignés. Il importe de faire ici certaines réserves importantes. Ce sont les jeunes qui sont le plus souvent convaincus qu'ils peuvent conduire prudemment après avoir consommé de l'alcool alors que les hommes d'âge mûr comprennent à juste titre qu'on a tout intérêt à cesser de fumer même après dix ans de forte consommation. Les données de l'enquête laissent entrevoir un autre phénomène important qui mériterait d'être étudié plus à fond. On note en effet que les connaissances et la plupart des croyances du groupe des personnes défavorisées sont seulement un peu moins favorables à la santé que celles de l'ensemble de la population. C'est

surtout dans leur manque de conviction en ce qui concerne la nécessité de prendre certaines mesures afin d'améliorer leur santé que les membres de ce groupe se distinguent des autres. Il se peut que ce phénomène témoigne davantage d'une attitude que d'une croyance et soit imputable à un sentiment d'impuissance, question qui est explorée plus à fond au chapitre 15.

Influences sociales

Les influences sociales qui s'exercent sur le comportement n'ont pas souvent été étudiées directement dans le cadre d'enquêtes nationales, bien que leur importance soit évidente. En ce qui concerne l'usage du tabac, par exemple, 70 % des Canadiens adultes se rendent compte de l'influence que peut avoir le comportement des parents à cet égard sur la probabilité que les enfants prennent cette habitude (chapitre 3). Les influences sociales s'exercent principalement par le biais du mariage et de l'amitié. Les chapitres précédents fournissent des exemples des répercussions de chacune de ces influences :

- Les fumeurs ont des amis et des conjoints qui fument tandis que les non-fumeurs ont des amis et des conjoints qui ne fument pas (chapitre 3).
- Les Canadiens ayant des amis qui boivent trop sont souvent des gens qui consomment beaucoup d'alcool (chapitre 4).
- La proportion des gens qui prennent le volant après avoir bu est deux fois plus élevée parmi les gens dont les amis boivent trop que chez ceux dont les amis ne se livrent jamais à des excès (chapitre 8).
- C'est chez les gens mariés qu'on trouve le plus souvent les trois dispositifs de sécurité (trousse de premiers soins, extincteur et détecteur de fumée) alors que c'est chez les veufs et les veuves qu'on les trouve le moins souvent (chapitre 9).
- La proportion des gens qui font régulièrement de l'exercice est de 20 % plus élevée parmi les personnes dont le conjoint est actif que chez celles qui ont un conjoint sédentaire (chapitre 12).
- La proportion des gens actifs est de 41 % plus élevée chez les gens qui ont des amis actifs que chez ceux dont les amis sont sédentaires (chapitre 12).

Questions ouvertes

Dans un rapport comme celui-ci, il était impossible de procéder à une description et à une analyse approfondies des connaissances, des attitudes, des croyances, des intentions et des influences sociales. Si dans plusieurs des chapitres précédents on a fait état de la distribution selon l'âge et le sexe de ces facteurs, il reste néanmoins des questions importantes concernant les connaissances, les attitudes, les croyances et les intentions des Canadiens défavorisés ou souffrant d'incapacités, en particulier, de même qu'en ce qui a trait aux influences sociales qui s'exercent sur eux. Une analyse semblable nous permettrait peut-être de découvrir les causes de ces inégalités sociales sur le plan des pratiques d'hygiène et de l'état de santé. Dans une étude semblable, il y aurait lieu de se pencher sur les obstacles qui empêchent ces gens d'améliorer leur santé (Q. 5, 8).

Un grand nombre des programmes de promotion de la santé partent encore du principe que la diffusion d'information relative à la santé aboutira à l'adoption de bonnes habitudes d'hygiène et de pratiques préventives. La base de données de l'Enquête Promotion Santé nous permet d'analyser cette prémisse de même que les questions connexes comme le besoin perçu d'information par rapport aux connaissances et aux croyances.

On a démontré ici le rôle important des influences sociales et, en particulier, du comportement des amis. On pourrait donner plus d'extension à cette analyse en tenant compte des effets de l'âge et de la situation de famille. On serait porté à croire que les amis ont une influence plus marquée sur le comportement des jeunes célibataires, mais d'autres groupes comme les hommes d'âge mûr qui envisagent de faire plus d'exercice et de réduire leur usage de tabac peuvent également être réceptifs aux influences sociales positives de leurs pairs, et en particulier de leurs collègues de travail. Il y aurait également lieu d'examiner les facteurs qui influent sur les pratiques d'hygiène des personnes retraitées, des chômeurs et des femmes au foyer, car ces groupes sont privés de certains types de contacts sociaux.

Selon le modèle théorique, ce sont les intentions qui prédisposent davantage les gens à adopter un comportement sain. Une analyse discriminante dans laquelle les intentions serviraient de variables de regroupement fournirait non seulement un test utile du modèle, mais encore attirerait l'attention des responsables des programmes de promotion de la santé sur les variables explicatives les plus importantes qui se trouvent dans cet ensemble complexe de données.

Défis sur le plan des politiques et des programmes

En plus de présenter les résultats de l'enquête, divers chapitres traitent également de certaines des applications pratiques de ces résultats. Bien qu'il n'y ait pas lieu dans ce dernier chapitre de résumer l'ensemble de ces résultats, certains points saillants qui s'en dégagent permettront de montrer l'utilité de la base de données de l'Enquête Promotion Santé et de faire ressortir les défis à relever dans le domaine de la promotion de la santé.

- Soixante-quinze pour cent des femmes ont appris la technique de l'auto-examen des seins . . . mais seulement 47 % des femmes examinent leurs seins tous les mois (chapitre 7).
- Plus de gens souhaitent obtenir de l'information sur la nutrition et sur tout autre sujet . . . mais beaucoup plus de gens ne veulent aucune information (chapitre 15).

- Seulement une personne sur cinq croit que l'usage du tabac permet de rester mince . . . mais cette croyance est plus répandue parmi les fumeurs et chez les personnes qui sont « trop maigres » (chapitre 3).
- Plus d'une personne sur deux veut maigrir . . . mais cela comprend beaucoup de femmes dont le poids est soit acceptable soit inférieur au poids souhaitable pour leur taille (chapitre 11).
- La loi favorise l'usage régulier de la ceinture de sécurité et du siège de bébé pour enfant . . . mais toutes les provinces n'ont pas institué de mesure législative à cet égard (chapitre 8).
- Deux adultes sur trois croient qu'une amélioration de leurs habitudes alimentaires serait favorable à leur santé . . . mais seulement 13 % ont l'intention de manger mieux (chapitre 15).
- Deux tiers des cols bleus estiment que la prévention des accidents au travail est une question très importante . . . mais pour les gestionnaires cette question revêt une importance secondaire (chapitre 10).
- La plupart des adultes canadiens croient qu'ils devraient faire davantage d'exercice . . . mais une personne inactive sur cinq estime qu'elle en fait suffisamment (chapitre 12).
- La plupart des adultes canadiens ont l'intention d'apporter certains changements à leur mode de vie afin d'améliorer leur santé au cours de l'année à venir . . . mais seulement la moitié de ceux qui affirment devoir apporter ces changements ont l'intention de le faire (chapitre 15).

Le *Plan d'ensemble pour la promotion de la santé*[1], publié récemment par le gouvernement fédéral, définit les trois grands défis de la promotion de la santé, à savoir réduire les inégalités, augmenter les efforts de prévention et augmenter la capacité des gens de se tirer d'affaire. La plupart des constatations de ce rapport ont trait à la nécessité d'intensifier les efforts de prévention. On voit toutefois dans chaque chapitre qu'il existe encore des inégalités sur le plan de l'accès à la santé qui semblent inéluctablement liées à l'éducation et au revenu.

Les constatations peut-être les plus importantes relativement aux inégalités socio-économiques ont trait aux attitudes et aux intentions plutôt qu'aux croyances ou aux pratiques. En règle générale, l'idée qu'il faudrait apporter des changements à son mode de vie afin d'améliorer sa santé, la volonté d'obtenir de l'information ou l'intention de modifier son comportement au cours de la prochaine année sont moins répandues parmi les Canadiens défavorisés que dans l'ensemble de la population (chapitre 15). À cet égard, les personnes défavorisées sont du même avis que les personnes âgées. Le facteur commun qu'on retrouve dans les deux groupes est peut-être un sentiment de désespoir et une impression que l'incapacité et la maladie sont inévitables. Les spécialistes du nouveau domaine de la psycho-neuro-immunologie[9] estiment qu'il est plausible qu'un tel état d'esprit puisse avoir une influence néfaste sur le système immunitaire, ce qui a pour effet de rendre l'organisme plus vulnérable à un grand nombre de maladies. Les concepts d'impuissance, de cohérence et maîtrise de soi[11,12] semblent contribuer largement à la compréhension des inégalités socio-économiques dans le domaine de la santé et à la réduction de ces inégalités.

Les conclusions à tirer en ce qui concerne la promotion de la santé est que le fait de « blâmer la victime » pour des habitudes de vie dommageables à la santé est une attitude simpliste qui a peu de chance d'aboutir à des changements positifs, quelque souhaitables que puissent être ces changements. Il faudra accroître le soutien offert par le milieu et notamment les influences sociales positives. En ce qui concerne la recherche, il faudra analyser plus en profondeur les données de l'Enquête Promotion Santé et d'autres sources afin d'être en mesure de mieux comprendre les influences psychosociales qui s'exercent sur le comportement.

Amélioration de la prévention

Le deuxième défi du plan d'ensemble mis de l'avant par le gouvernement fédéral consiste à « trouver des façons nouvelles et plus efficaces de prévenir les blessures, les maladies, les affections chroniques et les incapacités qui en résultent »[1]. Les données présentées dans l'ensemble de ce rapport confirment qu'il s'agit d'un défi de taille et que si nous voulons l'atteindre, il faudra définir des objectifs et des stratégies clairs.

Au cours des dernières années, diverses provinces et de nombreux pays ont défini leurs objectifs en matière de promotion de la santé, et c'est notamment le cas de la province de Québec[13], des États-Unis[14] et de la région européenne de l'Organisation mondiale de la santé (OMS)[15]. Dans les endroits où ces objectifs existent depuis un certain nombre d'années, comme aux États-Unis, ils semblent avoir donné lieu à de nombreuses activités, ce qui favorisera sans doute l'atteinte de ces objectifs[16]. Au Canada, les objectifs définis dans le plan d'ensemble devraient permettre de stimuler et d'orienter les efforts.

Les constatations de l'Enquête Promotion Santé relativement aux groupes cibles (tableau 1) et aux différences interprovinciales (tableau 2) révèlent que des objectifs uniformes pour l'ensemble du pays seraient moins utiles que des objectifs définis à partir des différences régionales et entre les divers groupes. Néanmoins, si l'on veut intensifier les efforts de prévention au Canada, il est possible de définir des objectifs généraux qui pourront servir de point de départ dans l'établissement d'objectifs adaptés aux différents groupes cibles.

Les objectifs que nous proposons ici n'ont trait qu'aux habitudes d'hygiène et aux pratiques préventives et sont fondés sur les résultats de l'Enquête. Pour être vraiment complets, ces objectifs devraient englober les connaissances et les attitudes, la prestation de services de santé et les facteurs environnementaux. Voici un ou deux exemples tirés de chaque chapitre.

Usage de psychotropes

- En l'an 2000, le pourcentage de fumeurs devrait être inférieur à 20 % (taux en 1985 : 34 %).
- En l'an 2000, le pourcentage de Canadiens adultes qui travaillent dans un endroit où l'usage du tabac est restreint devrait être supérieur à 85 % (taux en 1985 : 41 %).
- En l'an 2000, le pourcentage de Canadiens qui boivent en moyenne plus de 2 consommations par jour devrait être inférieur à 4 % (taux en 1985 : 8 %).
- En l'an 2000, le pourcentage de Canadiens qui ont fait usage de cannabis ou de cocaïne au cours des 12 mois précédents devrait être inférieur à 2 % (taux en 1985 : 6 %).
- En l'an 2000, le pourcentage de Canadiens qui ont consommé des somnifères au cours des 12 mois précédents devrait être inférieur à 3 % (taux en 1985 : 8 %).

Dépistage des maladies

- En l'an 2000, le pourcentage de Canadiens qui ont fait vérifié leur tension artérielle selon la périodicité prévue pour leur âge devrait être supérieur à 95 % (taux en 1985 : 88 %).
- En l'an 2000, le pourcentage de femmes canadiennes qui ont subi un test Pap au cours de l'année précédente devrait être supérieur à 80 % (taux en 1985 : 56 %).
- En l'an 2000, le pourcentage de femmes canadiennes qui ont subi un examen des seins par un professionnel de la santé au cours de l'année précédente devrait être supérieur à 80 % (taux en 1985 : 65 %).
- En l'an 2000, le pourcentage de femmes canadiennes qui examinent régulièrement leurs seins tous les mois devrait être supérieur à 67 % (taux en 1985 : 38 %).

Sécurité et prévention des accidents

- En l'an 2000, le pourcentage d'adultes canadiens qui portent leur ceinture de sécurité régulièrement devrait être supérieur à 90 % (taux en 1985 : 78 %).
- En l'an 2000, le pourcentage d'enfants canadiens qui sont placés régulièrement dans des sièges pour enfants devrait être supérieur à 95 % (taux en 1985 : 84 %).
- En l'an 2000, le pourcentage de Canadiens qui prennent le volant après avoir consommé de l'alcool devrait être inférieur à 5 % (taux en 1985 : 16 %).
- En l'an 2000, le pourcentage d'adultes canadiens qui interviennent pour empêcher une autre personne de conduire avec les facultés affaiblies devrait être supérieur à 95 % (taux en 1985 : 76 %).
- En l'an 2000, le pourcentage de ménages canadiens qui ont un détecteur de fumée devrait être supérieur à 95 % (taux en 1985 : 77 %).
- En l'an 2000, le pourcentage de travailleurs canadiens qui savent que des programmes de prévention des accidents existent dans leur lieu de travail devrait être supérieur à 80 % (taux en 1985 : 58 %).

Alimentation et exercice

- En l'an 2000, le pourcentage d'adultes canadiens qui prennent le petit déjeuner tous les jours devrait être supérieur à 90 % (taux en 1985 : 72 %).
- En l'an 2000, le pourcentage d'adultes canadiens qui font de l'exercice pendant 15 minutes trois fois par semaine devrait être supérieur à 75 % (taux en 1985 : 54 %).

Amélioration de la base de données

Si l'on se fixe pour objectif d'intensifier les efforts de prévention, cela signifie qu'il faudra suivre l'évolution de la situation. La mise à jour de l'Enquête Promotion Santé prévue pour 1990 sera importante parce qu'elle permettra de déterminer les progrès réalisés par rapport à un grand nombre de variables pour lesquelles on ne possède aucune donnée historique (c.-à-d., certains comportements et la plupart des connaissances, des croyances, des attitudes et des intentions évaluées en 1985. Même dans le cas des pratiques mesurées à deux moments différents (figure A), il reste certaines questions ayant trait à la stabilité des tendances observées. Il faut au minimum avoir pris trois mesures à des moments différents afin de définir une tendance avec certitude. La nécessité de suivre les progrès réalisés dans l'atteinte des objectifs alliée à la connaissance des taux de changement possibles pour certaines pratiques nous porte à croire que la répétition de l'Enquête Promotion Santé tous les cinq ans environ est en soi un objectif valable. On pourrait donc conclure ce qui suit :

- En l'an 2000, le pourcentage de responsables de la planification des programmes de promotion de la santé au Canada qui devrait avoir des informations fiables concernant les pratiques, les connaissances, les croyances, les attitudes et les intentions relatives à la santé, de même que leur distribution dans la population canadienne et les changements survenus depuis 1985, devrait atteindre 100 %.

Bibliographie

1. **J. Epp**. *La santé pour tous : plan d'ensemble pour la promotion de la santé*. Ottawa, Ministre des Approvisionnements et Services Canada, 1986.

2. **T. Stephens**. « Habitudes de vie saines pour tous en l'an 2000 : Où en sont les Canadiens? » *Promotion de la santé*, vol. 24, no 2 (automne 1985), p. 2-6.

3. **Statistique Canada**. « Mortalité : liste sommaire des causes ». *La statistique de l'état civil*, vol. III (1984). (no de catalogue 84-206).

4. **Groupe d'étude sur l'examen médical périodique**. « L'examen médical périodique, 1984 ». *L'Union médicale du Canada*, vol. 113, no 9 (1984).

5. **Santé et Bien-être social Canada et Statistique Canada**. *La santé des canadiens : rapport de l'Enquête Santé Canada*. Ottawa, Ministre des Approvisionnements et Services Canada (no de catalogue 82-538), 1981.

6. **J. Dumas**. « Rapport sur l'état de la population du Canada, 1983 ». *La conjoncture démographique*, vol. 1, no 1 (mai 1985). Ottawa, Statistique Canada (no de catalogue 91-209).

7. **R. Wilkins et O.B. Adams**. *Healthfulness of Life*. Montréal, Institut de recherches politiques, 1983.

8. **L. Berkman et L.F. Breslow**. *Health and Ways of Living: The Alameda County Study*. New York, Oxford University Press, 1983.

9. **J.K. Kiecolt-Glasor and R. Glaser**. « Psychosocial moderators of immune function ». *Annals of Behavioral Medicine*, vol. 9 (1987), p. 16-20.

10. **C. Peterson et M. Seligman**. « Causal explanations as a risk factor for depression: theory and evidence ». *Psychological Reviews*, vol. 91 (1984), p. 347-374.

11. **A. Antonovsky**. *Unraveling the Mystery of Health*. San Francisco, Jossey-Bass, 1987.

12. **A. Bandura** (éd.). « Self-efficacy ». dans *Social Foundations of Thought and Action*. Englewood Cliffs (New Jersey), Prentice Hall, 1986.

13. **Comité d'étude sur la promotion de la santé**. *Objectif : santé*. Québec, Direction générale des publications gouvernementales, 1984.

14. **U.S. Public Health Service**. *Promoting Health/ Preventing Disease: Objectives for the Nation*. Washington, D.C., Department of Health and Human Services, 1980.

15. **Organisation mondiale de la santé**. *Les buts de la santé pour tous*. Copenhague, Bureau régional de l'Europe, 1985.

16. **O.T. Thornberry** *et al.* « Health Promotion Data for the 1990 Objectives. Estimates from the National Health Interview Survey of Health Promotion and Disease Prevention: United States, 1985 ». *Advance Data From Vital and Health Statistics*, vol. 126 (19 septembre 1986). Hyattsville (Maryland), U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service (publ. n° PHS 86-1250).

TABLEAU 1 : **FRÉQUENCE DE L'ENTRAIDE ET DES PRATIQUES D'HYGIÈNE (NOMBRE TOTAL DE PERSONNES ET % DE LA POPULATION TOTALE), SELON LES CARACTÉRISTIQUES CHOISIES, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985**

		Total	Femmes (15 ans et plus)	Jeunes (15-24 ans)	Hommes d'âge moyen (45-64 ans)	Personnes âgées (65 ans et plus)	Quintile de revenu inférieur	Études primaires et quelques années d'études secondaires
Population totale de 15 ans et plus	%	100	51	22	13	13	14	37
	(en milliers)	19 611	9 989	4 333	2 371	2 446	2 826	7 173
Non-fumeur : ne fume pas la cigarette actuellement	%	66	68	65	64	81	64	63
	(en milliers)	12 943	6 793	2 816	1 517	1 981	1 809	4 519
Consommation d'alcool : 2 verres ou moins par jour	%	91	96	90	87	95	94	91
	(en milliers)	17 856	9 628	3 900	2 063	2 324	2 656	6 527
Drogues illicites : ni la marijuana ni la cocaïne au cours de l'année avant l'enquête	%	94	95	86	99 ou plus	99 ou plus	99 ou plus	95
	(en milliers)	18 434	9 499	3 713	2 359	2 434	2 812	6 814
Conduite après consommation d'alcool : aucun cas au cours du mois avant l'enquête	%	84	92	84	81	96	90	87
	(en milliers)	16 454	9 230	3 653	1 911	2 348	2 557	6 255
Port de la ceinture de sécurité : toujours	%	66	72	57	61	78	64	62
	(en milliers)	12 845	7 182	2 470	1 456	1 896	1 820	4 541
Utilisation des ceintures de sécurité et des sièges de bébé chez les enfants : insiste toujours	%	84	87	xx	xx	xx	xx	xx
	(en milliers)	16 552	xx	xx	xx	xx	xx	xx
Cours de premiers soins au cours des 3 années avant l'enquête	%	21	18	34	19	4	12	15
	(en milliers)	4 059	1 748	1 482	436	91	328	1 128
RCR : sait pratiquer la technique	%	34	29	44	36	21	31	28
	(en milliers)	6 609	2 907	1 911	842	504	868	2 049
Dispositifs de sécurité : possède un détecteur de fumée un extincteur et une trousse de premiers soins	%	35	xx	xx	xx	xx	25	35
	(en milliers)	6 923	xx	xx	xx	xx	695	2 565
Fait de l'exercice régulièrement : 3 sessions par semaine, de 15 minutes ou plus chacune	%	54	53	67	45	51	xx	49
	(en milliers)	10 649	5 284	2 881	1 076	1 252	xx	3 515
Vérification de la tension artérielle : au cours de la période prescrite selon l'âge	%	86	91	80	86	94	88	84
	(en milliers)	16 846	9 110	3 475	2 044	2 299	2 487	6 170
Test Pap : au moins une fois	%	x	81	61	x	69	81	74
	(en milliers)	x	8 131	1 291	x	966	1 308	2 742
Examen des seins : par un professionnel, au cours des 12 mois précédant l'enquête	%	x	65	61	x	54	61	55
	(en milliers)	x	6 443	1 299	x	753	981	2 036
Auto-examen des seins : au moins tous les 2 ou 3 mois	%	x	56	41	x	48	53	52
	(en milliers)	x	5 614	865	x	672	846	1 917
A reçu de l'information sur les sujets relatifs à la santé dans le lieu de travail (travailleurs salariés seulement)	%	47	46	32	51	xx	21	53
	(000's)	9 158	4 565	1 395	1 207	xx	591	3 906

x ne s'applique pas à ces groupes
xx données non indiquées dans le chapitre. Voir la bande de données.

TABLEAU 2 : **COMPARAISON DES POPULATIONS PROVINCIALES, SELON LA FRÉQUENCE RELATIVE DE L'ENTRAIDE ET DES PRATIQUES D'HYGIÈNE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985**

	CANADA (%)	T.-N.	Î.-P.-É.	N.-É.	N.-B.	QC	ONT.	MAN.	SASK.	ALB.	C.-B.	YUKON
1. Fumeurs habituels	34	+			−	+	−		− −		−	++
2. Personnes qui sont en faveur d'endroits exempts de fumée dans le lieu de travail	82	++	+	+		− −					+	−
3. Buveurs actuels	81	−	− −	−	−	−	+				+	++
4. Anciens buveurs	10	+	+	+	++		− −					−
5. Nombre moyen de consommations par semaine	5.1		− −		−						++	+
6. Consommation de tranquillisants	6	− −	−	−		++		−	−	−	−	−
7. Consommation de marijuana et de haschich	6	+	−			− −				+	+	++
8. Test Pap au cours des 12 mois avant l'enquête (femmes seulement)	56	−		−	− −				+	+	−	++
9. Examen des seins au cours des 12 mois avant l'enquête (femmes seulement)	65	− −	−	−	−	+				++		−
10. Auto-examen des seins mensuel (femmes seulement)	38	++			− −			+	−	+	−	
11. Conduite après consommation d'alcool au cours du mois avant l'enquête	16	−	−	− −	−	−		+	+	+	+	++
12. Personnes qui pensent pouvoir conduire prudemment après avoir pris plus de 3 verres en l'espace de 3 heures	52	+		− −				++	+	+	−	+
13. Personnes qui ont été avec un(e) ami(e) ou un parent qui avait trop bu pour conduire prudemment au cours des 12 mois avant l'enquête	33			−		− −			+	+		++
14. Personnes qui ont essayé de dissuader quelqu'un qui avait trop bu de conduire	76		−	−	−	+		−	− −		−	++
15. Port de la ceinture de sécurité : toujours	66		−	++	+		+		−	−	+	− −
16. Utilisation des ceintures de sécurité et des sièges de bébé chez les enfants : insistent toujours	84		−	++		−	+		−	−	+	− −
17. RCR : savent pratiquer la technique	34			−	−			− −	−	+	+	++
18. Cours de premiers soins au cours des 3 années précédant l'enquête	21		+			−	− −	+			+	++
19. Personnes qui possèdent un détecteur de fumée	77	+	++		+	−		+		+	− −	
20. Personnes qui savent qu'il existe des programmes de prévention des accidents dans leur lieu de travail	58	−	−	− −	−		++	−	−	−		−
21. Personnes qui font de l'exercice au moins 3 fois par semaine	54	−	+	+	+	− −		+	+	+	+	++
22. Vérification de la tension artérielle au cours des 2 années avant l'enquête	86	− −	−		−		++		−			
23. Personnes qui sont en faveur de l'intervention de l'État dans le domaine de la santé	60	+		+	+	++	−	−	−	−		− −

++ fréquence la plus forte
\+ supérieur à la moyenne nationale
[ ] équivalent ou près de la moyenne nationale
− inférieur à la moyenne nationale
− − fréquence la plus faible

TABLEAU 3 : **POURCENTAGE DE LA POPULATION AYANT CERTAINES ATTITUDES, INTENTIONS ET CROYANCES CONCERNANT LA SANTÉ, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, 1985**

	Total	Femmes (15 ans et plus)	Jeunes (15-24 ans)	Hommes d'âge moyen (45-64 ans)	Personnes âgées (65 ans et plus)	Études primaires et quelques années d'études secondaires
Population totale de 15 ans et plus (en milliers)	19 611	9 989	4 337	2 371	2 446	7 173
ATTITUDES, INTENTIONS ET CROYANCES	%	%	%	%	%	%
« Il faudrait fournir aux non-fumeurs un endroit exempt de fumée de tabac là où ils travaillent »	82	84	86	77	81	xx
« Avant de fumer en présence d'autres personnes, les fumeurs devraient leur en demander la permission »	81	86	81	78	84	xx
« Les gens ont raison de s'inquiéter de la fumée résiduelle »	56	57	52	57	64	xx
« Le lieu de travail est un endroit approprié pour promouvoir la santé » (travailleurs salariés seulement)	69	71	64	74	xx	65
« L'État doit accorder beaucoup d'importance aux sujets relatifs à la santé »	60	66	59	57	56	59
« J'ai l'intention de faire quelque chose l'année prochaine pour améliorer ma santé »	62	66	69	xx	40	55
« Les enfants sont plus enclins à fumer si leurs parents sont des fumeurs »	70	68	75	67	63	67
« Les femmes ne devraient pas fumer lorsqu'elles sont enceintes »	91	92	94	87	85	89
« Une personne qui renonce au tabac après avoir été un gros fumeur pendant 10 ans réduit les risques de contacter une maladie liée à l'usage du tabac »	32	31	27	34	23	xx
« Fumer n'aide pas à rester mince »	78	80	84	68	76	77
« La plupart des non-fumeurs sont incommodés par la fumée résiduelle »	73	74	73	68	72	70
« Je peux prendre au maximum 2 verres en l'espace de trois heures avant de m'inquiéter au sujet de ma capacité de conduire »	48	65	40	48	71	xx
« Je ne fais pas assez d'exercice »	58	64	51	58	48	54
« Le fait de faire plus d'exercice améliorerait beaucoup ma santé »	27	28	38	12	13	xx
« Je devrais faire quelque chose pour améliorer ma santé physique »	68	69	74	56	39	56

xx données non indiquées dans le chapitre. Voir la bande de données.

ANNEXES

A

Effet de la normalisation sur les résultats de l'enquête

Introduction

Les résultats d'une enquête démographique comme l'Enquête Promotion Santé (EPS) peuvent être présentés sous forme de données normalisées ou de données brutes (non normalisées). Bien que la normalisation revête surtout de l'importance dans le cas de données analytiques (par exemple, l'état de santé des différents types de buveurs), cette opération est également effectuée pour des données descriptives telles que des distributions provinciales, qui peuvent être influencées par des différences dans la composition de la population des provinces.

Les données brutes présentent un avantage en ce sens qu'elles reflètent directement les observations et que les estimations qui en sont tirées décrivent la situation aussi fidèlement qu'il est possible de le faire avec un échantillon. Ainsi, les tableaux du présent rapport fournissent, par exemple, une estimation du nombre de fumeurs ou de buveurs dans chaque province. En l'occurrence, cette solution semblait convenir le mieux pour la présentation de ces données essentiellement descriptives.

On se rend compte de l'inconvénient de ce mode de présentation lorsqu'on tente d'expliquer les différences de taux d'une province à l'autre en ce qui concerne les diverses pratiques sanitaires. Par exemple, dans quelle mesure la forte proportion de fumeurs à Terre-Neuve est-elle attribuable au fait que l'usage du tabac est plus courant chez les personnes à faible revenu? Dans quelle mesure l'association positive entre la consommation d'alcool et le niveau de revenu contribue-t-elle à la fréquence élevée en Ontario de cas de conduite après consommation d'alcool? On peut répondre à ces questions à l'aide des données fournies par l'EPS, à condition d'effectuer une analyse plus poussée.

Dans la partie suivante, on décrit en détail un argument en faveur de l'utilisation de données brutes pour l'établissement d'estimations brutes et les estimations normalisées pour l'usage du tabac et l'exercice, deux pratiques qui sont liées à l'âge, au sexe et au niveau socio-économique des répondants. En l'occurrence, la normalisation ne change pas grand chose dans les estimations pour la province dont la population est la plus âgée (Manitoba) et celle où elle est la plus jeune (Alberta).

Comme ces garanties valent surtout pour les comparaisons provinciales, le lecteur doit se rappeler que les données présentées dans le rapport ne sont pas normalisées. Ainsi, les rapports entre certaines variables pourraient être modifiés si l'âge, le sexe et le niveau socio-économique étaient constants ou si les données étaient rectifiées de manière à en tenir compte. Lorsque c'est le cas, on le signale dans les commentaires accompagnant de telles constatations.

Comparaison des données brutes et des données normalisées*

Méthode

Les pratiques sanitaires sont étroitement liées à l'âge, mais aussi à d'autres variables comme la scolarité et le niveau de revenu. Par conséquent, les différences observées lorsqu'on compare des estimations de la fréquence pour les diverses sous-populations peuvent être attribuables, du moins en partie, à des différences dans la composition selon l'âge, le sexe, le niveau de scolarité et de revenu des sous-populations en question.

Afin d'éliminer certains des effets produits par ces différences dans la composition des populations, on a établi trois ensembles d'estimations normalisées (pour la fréquence de l'usage du tabac et de l'exercice) :

- normalisées selon l'âge et le sexe,
- normalisées selon l'âge, le sexe et la scolarité,
- normalisées selon l'âge, le sexe et le revenu.

En ce qui concerne la répartition selon le sexe, les calculs ont été faits pour l'ensemble du Canada à partir des résultats du recensement de 1981 et ont été répétés pour deux provinces, soit le Manitoba et l'Alberta, provinces qui comptent la population la plus vieille et la plus jeune respectivement.

Résultats

Les résultats (tableaux A et B) ont été obtenus par normalisation directe et peuvent être comparés aux estimations brutes. La population type correspond à la population totale des Canadiens âgés de 15 ans et plus.

Dans l'ensemble, les effets imputables à la composition de la population n'ont eu aucune incidence ou presque sur les estimations relatives à la fréquence ou sur leur classement. Cela est particulièrement vrai dans le cas de la normalisation des estimations selon l'âge et le sexe.

Lorsqu'on compare des estimations brutes et normalisées, c'est dans le cas de la normalisation selon l'âge, le sexe et le revenu qu'on observe les principales différences, ce qui est sans doute attribuable au taux élevé de non-réponse à la question sur le revenu. Par conséquent, le dénominateur employé pour le calcul de ces dernières estimations diffère énormément de celui des autres estimations qu'on trouve aux tableaux A et B.

* Préparé par Claude Strohmenger, Direction générale de la politique, des communications et de l'information, Santé et Bien-être social Canada.

TABLEAU A : **ESTIMATIONS NORMALISÉES DU POURCENTAGE DE FUMEURS ACTUELS[1], SELON LE SEXE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, MANITOBA ET ALBERTA**

	Hommes			Femmes			Les deux sexes		
Type de normalisation	**Can.**	**Man.**	**Alb.**	**Can.**	**Man.**	**Alb.**	**Can.[2]**	**Man.**	**Alb.**
Aucune	35.6	37.2	35.4	32.1	32.1	30.8	33.8	34.6	33.1
Âge / sexe	35.4	37.5	34.9	32.3	32.7	29.9	33.8	35.0	32.3
Âge / sexe / niveau d'instruction	35.3	35.6	34.8	32.1	31.8	30.2	33.8	33.3	32.1
Âge / sexe / revenu*	37.1	34.8	37.5	34.0	31.4	28.0	35.7	33.9	33.3

* Dénominateur = seulement les personnes qui ont répondu à la question sur le revenu.
1. i.e., les personnes qui ont répondu par l'affirmative à la question 27.
2. Population type : population totale du Canada (à l'exclusion des Territoires du Nord-Ouest).

TABLEAU B : **ESTIMATIONS NORMALISÉES DU POURCENTAGE DE PERSONNES QUI FONT RÉGULIÈREMENT DE L'EXERCICE[1], SELON LE SEXE, POPULATION DE 15 ANS ET PLUS, CANADA, MANITOBA ET ALBERTA**

	Hommes			Femmes			Les deux sexes		
Type de normalisation	**Can.**	**Man.**	**Alb.**	**Can.**	**Man.**	**Alb.**	**Can.[2]**	**Man.**	**Alb.**
Aucune	55.7	53.6	65.9	52.9	52.9	60.9	54.3	53.2	63.4
Âge / sexe	55.6	53.0	65.7	53.1	52.8	60.9	54.3	53.0	63.3
Âge / sexe / niveau d'instruction	54.9	53.1	65.0	52.5	53.0	60.0	54.3	52.9	62.5
Âge / sexe / revenu*	54.5	52.4	64.8	53.2	52.6	57.9	53.4	50.8	61.0

* Dénominateur = seulement les personnes qui ont répondu à la question sur le revenu.
1. i.e., les personnes qui font de l'exercice au moins 3 fois par semaine (Q. 24).
2. Population type : population totale du Canada (à l'exclusion des Territoires du Nord-Ouest).

B

Questionnaire de l'Enquête Promotion Santé

Statistique Canada Statistics Canada

ENQUÊTE PROMOTION SANTÉ

N° de téléphone — N° de Page – Ligne du DM

J'aimerais d'abord vous poser quelques questions sur votre état de santé.

1. **Comparativement à d'autres personnes de votre âge, diriez-vous que votre santé est en général . . .**

   1 ○ **Excellente**
   2 ○ **Très bonne**
   3 ○ **Bonne**
   4 ○ **Moyenne**
   5 ○ **Mauvaise**

2. **Quelle est votre opinion à l'égard de l'énoncé suivant? Comparativement à la plupart des personnes de mon âge, je fais plus d'efforts pour améliorer mon état de santé.**

   6 ○ D'accord
   7 ○ Pas d'accord
   8 ○ Sans opinion

3. **Croyez-vous qu'il y a quelque chose que vous devriez faire pour améliorer votre santé physique?**

   1 ○ Oui 2 ○ Non ——→ Passez à la Q. 6

4. **Quelle est la chose la plus importante que vous devriez faire?**

   3 ○ Faire plus d'exercice
   4 ○ Améliorer mes habitudes alimentaires
   5 ○ Maigrir
   6 ○ Cesser de fumer
   7 ○ Consommer moins de médicaments ou de drogues
   8 ○ Boire moins de boissons alcoolisées
   9 ○ Autre (précisez) _____

5. **Y a-t-il quelque chose qui vous empêche de réaliser cette amélioration?** (Cochez toutes les réponses qui s'appliquent)

   01 ○ Non
   02 ○ Le problème n'est pas sérieux, pas urgent
   03 ○ Je manque de temps
   04 ○ Je manque d'autodiscipline, d'énergie
   05 ○ Je suis trop déprimé(e)
   06 ○ Je ne sais pas comment m'y mettre, l'information voulue me fait défaut
   07 ○ Pression de la part de mes ami(e)s
   08 ○ Manque d'appui de la part de ma famille ou de mes ami(e)s
   09 ○ Je ne veux pas changer mes habitudes actuelles
   10 ○ C'est trop difficile
   11 ○ C'est trop coûteux
   12 ○ Autre (précisez) _____

6. **Croyez-vous que vous devriez faire quelque chose pour améliorer la façon de maîtriser le stress?**

   1 ○ Oui 2 ○ Non ——→ Passez à la Q. 9

7. **À votre avis, quelle est la chose la plus importante que vous devriez faire?** (Ne cochez que la plus importante)

   1 ○ Faire plus d'exercice
   2 ○ Apprendre à me relaxer, m'inquiéter moins
   3 ○ Sortir plus souvent, me faire des amis, accepter des invitations et recevoir
   4 ○ Changer d'emploi, déménager, quitter le foyer, modifier ma situation
   5 ○ Consommer moins de médicaments ou de drogues
   6 ○ Consommer moins d'alcool
   7 ○ Être plus souvent avec ma famille ou avec mes ami(e)s intimes
   8 ○ Autre (précisez) _____

8. **Y a-t-il quelque chose qui vous empêche de réaliser cette amélioration?**

   01 ○ Non
   02 ○ Le problème n'est pas si sérieux, pas urgent
   03 ○ Je manque de temps
   04 ○ Je manque d'autodiscipline, d'énergie
   05 ○ Je suis trop déprimé(e)
   06 ○ Je ne sais pas comment m'y mettre, l'information voulue me fait défaut
   07 ○ Pression de la part de mes ami(e)s
   08 ○ Manque d'appui de la part de ma famille ou de mes ami(e)s
   09 ○ Je ne veux pas changer mes habitudes actuelles
   10 ○ C'est trop difficile
   11 ○ C'est trop coûteux
   12 ○ Autre (précisez) _____

9. **De façon générale, affirmeriez-vous que vous êtes une personne . . .**

   1 ○ **Très heureuse**
   2 ○ **Assez heureuse**
   3 ○ **Pas très heureuse**

10. **Décririez-vous votre vie comme . . .**

    4 ○ **Très stressante**
    5 ○ **Assez stressante**
    6 ○ **Pas très stressante**
    7 ○ **Pas stressante du tout**

8-5400-140.2:2-4-85TB/CTReg.B14069-26

11. Est-ce qu'il y a des sujets concernant la santé sur lesquels vous aimeriez avoir plus d'informations?

[8] ○ Oui [9] ○ Non ——→ Passez à la Q. 13

12. Parmi la liste suivante de sujets concernant la santé, sur lequel aimeriez-vous avoir plus d'informations?

	Oui	Non
Alimentation	01 ○	02 ○
Hypertension	03 ○	04 ○
Santé mentale	05 ○	06 ○
Usage du tabac	07 ○	08 ○
Consommation d'alcool	09 ○	10 ○
Usage de la marijuana	11 ○	12 ○
Sécurité et prévention des accidents	13 ○	14 ○

Voici à présent quelques questions sur votre condition physique actuelle.

13. Combien mesurez-vous sans souliers?

1 [ ][ ] [ ][ ] pieds / pouces ou 2 [ ][ ][ ] centimètres

14. Combien pesez-vous?

3 [ ][ ][ ] livres ou 4 [ ][ ][ ] kilogrammes

15. Combien aimeriez-vous peser?

5 [ ][ ][ ] livres ou 6 [ ][ ][ ] kilogrammes

[7] ○ Je l'ignore

16. Êtes-vous limité(e) dans le genre ou la quantité d'activités que vous pouvez faire à cause d'une affection physique ou d'un problème de santé chronique? Par "chronique" j'entends qui dure depuis plus de six mois ou qui devrait durer plus de six mois.

[1] ○ Oui [2] ○ Non ——→ Passez à la Q. 18

17. Êtes-vous limité(e)...

	Oui	Non
À la maison	3 ○	4 ○
Au travail ou à l'école	5 ○	6 ○
Dans d'autres circonstances telles que les loisirs ou les déplacements entre la maison et le travail	7 ○	8 ○

18. Quand avez-vous fait vérifier votre tension artérielle (pression) pour la dernière fois?

[1] ○ Au cours des six derniers mois
[2] ○ Il y a 6 à 12 mois
[3] ○ Il y a un à deux ans
[4] ○ Il y a plus de deux ans
[5] ○ Jamais fait vérifier
[6] ○ Je ne sais pas
} Passez à la Q. 22

19. Autant que vous le sachiez, votre tension artérielle (pression) est-elle encore élevée?

[7] ○ Oui
[8] ○ Non
[9] ○ Je l'ignore
} Passez à la Q. 22

20. Faites-vous quelque chose présentement pour contrôler votre hypertension?

[1] ○ Oui [2] ○ Non ——→ Passez à la Q. 22

21. Que faites-vous pour la contrôler? (Cochez toutes les réponses qui s'appliquent)

[01] ○ Prend des médicaments
[02] ○ Cesser de fumer
[03] ○ Exercice
[04] ○ Perdre du poids
[05] ○ Diminution de la consommation de sel
[06] ○ Autre modification à mon régime alimentaire
[07] ○ Relaxation
[08] ○ Réduire ma consommation d'alcool
[09] ○ Autre (précisez) _____
[10] ○ Je l'ignore

22. Quelle est votre opinion à l'égard de l'énoncé suivant? "Il n'est pas nécessaire de faire vérifier sa tension artérielle (pression) sauf si l'on sent qu'on a un problème."

[1] ○ D'accord
[2] ○ Pas d'accord
[3] ○ Sans opinion

Les questions suivantes concernent l'exercice.

23. L'exercice comprend des activités vigoureuses telles que la gymnastique, le jogging, les sports qui se pratiquent avec une raquette, les sports d'équipe, les cours de danse, ou la marche vive. Estimez-vous faire autant ou moins d'exercice qu'il le faudrait?

[4] ○ Autant qu'il le faudrait
[5] ○ Moins qu'il ne le faudrait
[6] ○ Je l'ignore

24. Combien de fois par semaine faites-vous au moins 15 minutes d'exercice à la fois?

[1] ○ Quotidiennement
[2] ○ Cinq ou six fois par semaine
[3] ○ Trois ou quatre fois par semaine
[4] ○ Une ou deux fois par semaine
[5] ○ Moins d'une fois par semaine
[6] ○ Jamais
[7] ○ Je l'ignore

25. Diriez-vous que vous faites plus, moins ou environ la même quantité d'activités physiques que les autres personnes de votre âge?

[1] ○ Plus d'activités
[2] ○ Environ la même quantité
[3] ○ Moins d'activités
[4] ○ Je l'ignore

26. Croyez-vous que le fait de faire plus d'exercice améliorerait votre santé...

[5] ○ Beaucoup
[6] ○ Moyennement
[7] ○ Un peu
[8] ○ Pas du tout
[9] ○ Je l'ignore

Les questions suivantes concernent l'usage du tabac.

27. Ces temps-ci, fumez-vous la cigarette?

[1] ○ Oui [2] ○ Non ——→ Passez à la Q. 31

28. Fumez-vous la cigarette de façon régulière, c'est-à-dire habituellement tous les jours, ou occasionnellement, pas tous les jours?

[3] ○ Régulièrement [4] ○ Occasionnellement

29. Au cours de l'année écoulée, quelqu'un vous a-t-il demandé de vous abstenir de fumer en sa présence?

[5] ○ Oui [6] ○ Non ——→ Passez à la Q. 31

30. Où cette demande vous a-t-elle été formulée? Où ailleurs? (Cochez toutes les réponses qui s'appliquent)

[1] ○ À l'école
[2] ○ Au travail
[3] ○ Dans une voiture
[4] ○ Au restaurant
[5] ○ À votre propre foyer
[6] ○ Dans une autre maison que la vôtre
[7] ○ Autre (précisez) _____

31. À présent, j'aimerais connaître votre opinion sur quelques énoncés concernant l'usage du tabac. À l'égard de chacun des énoncés suivants, dites-moi si vous êtes d'accord ou non?

	D'accord	Pas d'accord	Sans opinion
Les enfants sont plus enclins à fumer si leurs parents sont des fumeurs	[01] ○	[02] ○	[03] ○
Les gens s'inquiètent outre mesure des problèmes de santé du fait que d'autres personnes fument en leur présence	[04] ○	[05] ○	[06] ○
La plupart des non-fumeurs ne sont pas ennuyés lorsque d'autres personnes fument en leur présence	[07] ○	[08] ○	[09] ○
Les femmes ne devraient pas fumer lorsqu'elles sont enceintes	[10] ○	[11] ○	[12] ○
Il faudrait fournir aux non-fumeurs un endroit exempt de fumée de tabac là où ils travaillent	[13] ○	[14] ○	[15] ○
Avant de fumer en présence d'autres personnes, les fumeurs devraient leur en demander la permission	[16] ○	[17] ○	[18] ○
Fumer aide à rester mince	[19] ○	[20] ○	[21] ○

32. Croyez-vous qu'une personne qui renonce au tabac après avoir été un gros fumeur pendant 10 ans réduit les risques de contracter une maladie liée à l'usage du tabac...

[1] ○ Dans une large mesure
[2] ○ Modérément
[3] ○ Un petit peu
[4] ○ Pas du tout
[5] ○ Je l'ignore

33. Vous arrive-t-il d'être incommodé(e) par la fumée provenant des cigarettes que d'autres fument en votre présence?

[6] ○ Oui [7] ○ Non

34. Avez-vous déjà demandé à quelqu'un de s'abstenir de fumer?

[8] ○ Oui [9] ○ Non ——→ Passez à la Q. 36

35. À quel endroit? Où ailleurs? (Cochez toutes les réponses qui s'appliquent)

[1] ○ Au restaurant
[2] ○ Au travail
[3] ○ À l'école
[4] ○ Dans une voiture
[5] ○ Dans les transports publics (autobus, avion)
[6] ○ Dans votre propre maison
[7] ○ Dans une autre maison que la vôtre
[8] ○ Autre (précisez) _____

Je voudrais maintenant vous poser quelques questions au sujet de la consommation d'alcool.

36. Dans les questions suivantes, un "verre" signifie:
Une bouteille de bière/ou un verre de bière en fut (draft)
Un petit verre de vin
1 once et ½ de boisson forte, diluée ou non

Avez-vous déjà consommé de la bière, du vin, des liqueurs ou d'autres boissons alcoolisées?

[1] ○ Oui [2] ○ Non ——→ Passez à la Q. 44

37. Ces 12 derniers mois, avez-vous consommé de la bière, du vin, des liqueurs ou d'autres boissons alcoolisées?

[3] ○ Oui [4] ○ Non ——→ Passez à la Q. 44

38. Ces 12 derniers mois, quelle a été la fréquence de votre consommation de boissons alcoolisées? En avez-vous bu...

[1] ○ Chaque jour
[2] ○ De 4 à 6 fois par semaine
[3] ○ 2 ou 3 fois par semaine
[4] ○ Une fois par semaine
[5] ○ Une ou deux fois par mois
[6] ○ Moins qu'une fois par mois

39. (a) Au cours des sept derniers jours, quel est le nombre de jours où il vous est arrivé de consommer des boissons alcoolisées?

☐ [88] Aucun ——→ Passez à la Q. 40

(b) Sur ce nombre de jours, combien y en a-t-il où vous avez bu deux verres ou plus?

☐ [88] Aucun ——→ Passez à la Q. 40

(c) Sur ce nombre de jours, combien y en a-t-il où vous avez bu quatre verres ou plus?

☐ [88] Aucun ——→ Passez à la Q. 40

(d) Sur ce nombre de jours, combien y en a-t-il où vous avez bu huit verres ou plus?

☐ [88] Aucun ——→ Passez à la Q. 40

(e) Sur ce nombre de jours, combien y en a-t-il où vous avez bu douze verres ou plus?

☐ [88] Aucun

40. Diriez-vous que cette quantité est supérieure, inférieure ou équivalente à ce que vous consommez habituellement pendant une semaine?

[1] Supérieure
[2] Inférieure
[3] Équivalente

41. Au cours du mois passé, combien de fois avez-vous conduit moins de deux heures après avoir consommé une quantité quelconque d'alcool?

☐,☐

[88] Je ne conduis pas ——→ Passez à la Q. 44
[99] Je l'ignore

42. Environ combien de verres pouvez-vous consommer, sur une période de trois heures, avant de vous inquiéter au sujet de votre capacité de conduire?

☐,☐

[99] Je l'ignore

43. Il existe une limite légale à la quantité d'alcool que l'on peut avoir dans le sang lorsque l'on conduit. Combien de verres croyez-vous pouvoir absorber en l'espace de trois heures avant que votre concentration d'alcool dans le sang dépasse la limite légale?

☐,☐

[99] Je l'ignore

44. Au cours des 12 derniers mois, vous est-il arrivé d'être avec un(e) ami(e) ou un parent qui, selon vous, avait trop bu pour conduire prudemment?

[5] Oui
[6] Non
[7] Je l'ignore } Passez à la Q. 47

45. La dernière fois que cela s'est produit, avez-vous tenté de dissuader cette personne de conduire?

[8] Oui [9] Non ——→ Passez à la Q. 47

46. Qu'avez-vous fait? (Cochez toutes les réponses qui s'appliquent)

[1] Je l'ai reconduite chez elle
[2] J'ai demandé à quelqu'un de la reconduire chez elle
[3] Je lui ai demandé de prendre un taxi
[4] J'ai caché les clés de sa voiture
[5] Je lui ai servi du café
[6] Je l'ai gardée à la maison
[7] Autre (précisez) _____

47. Selon vous, combien de verres de boisson alcoolisée une personne peut-elle consommer par jour sans mettre sa santé en péril à long terme?

☐,☐

[99] Je l'ignore

48. À présent, je voudrais connaître votre opinion sur quelques énoncés concernant la consommation d'alcool. Veuillez me dire si vous êtes d'accord ou non sur ces énoncés?

	D'accord	Pas d'accord	Sans opinion
Boire modérément peut être bon pour la santé	[01]	[02]	[03]
Lors de sorties ou de réceptions, je me sens souvent obligé(e) de prendre un verre, même si je n'en ai guère l'envie	[04]	[05]	[06]
La plupart des buveurs n'éprouvent pas de problèmes de santé par suite de leurs consommation d'alcool	[07]	[08]	[09]
La plupart des gens ne voit aucun mal à ce que l'on s'enivre de temps à autre	[10]	[11]	[12]
J'aime mieux payer un taxi que de voir un(e) ami(e) conduire après avoir bu	[13]	[14]	[15]

Je voudrais maintenant vous poser quelques questions au sujet de votre consommation de médicaments ou de drogues.

49. Ces 12 derniers mois, avez-vous absorbé:

Des somnifères?	[01]	Oui
	[02]	Non
Des stimulants ou des amphétamines?	[03]	Oui
	[04]	Non
Des tranquillisants, tels que des valium?	[05]	Oui
	[06]	Non
De la cocaïne?	[07]	Oui
	[08]	Non
De la marijuana ou du hashish?	[09]	Oui
	[10]	Non

50. Croyez-vous que fumer occasionnellement de la marijuana puisse affecter la santé physique ou mentale d'une personne?

[4] Oui
[5] Non
[6] Je l'ignore } Passez à la Q. 52

51. **Quel serait, à votre avis, les effets d'une telle consommation?** (Cochez toutes les réponses qui s'appliquent)

- 01 ○ Détente ou quelque autre effet positif
- 02 ○ Dépendance/Conduit à l'usage de drogues dures
- 03 ○ Perte de mémoire, endommagement du cerveau
- 04 ○ Autres effets sur la santé mentale ou le comportement
- 05 ○ Endommagement des poumons
- 06 ○ Problèmes génétiques/stérilité
- 07 ○ Autres problèmes de santé physique
- 08 ○ Augmente les risques d'accidents ou de blessures
- 09 ○ Autres (précisez) _____
- 10 ○ Je l'ignore

Les questions suivantes portent sur la sécurité.

52. **En moyenne, combien de milles ou de kilomètres par semaine parcourez-vous dans un véhicule utilisé à des fins personelles...**

Comme conducteur?

1 [ ][ ][ ][ ] milles ou 2 [ ][ ][ ][ ] kilomètres

- 3 ○ Je l'ignore

53. **En moyenne, combien de milles ou de kilomètres par semaine parcourez-vous dans un véhicule utilisé à des fins personelles...**

Comme passager?

4 [ ][ ][ ][ ] milles ou 5 [ ][ ][ ][ ] kilomètres

- 6 ○ Je l'ignore

54. **Dans quelle mesure utilisez-vous la ceinture de sécurité lorsque vous montez en voiture?** (Lire les réponses)

- 1 ○ **Toujours**
- 2 ○ **Presque toujours**
- 3 ○ **Parfois**
- 4 ○ **Rarement ou jamais**

55. **Lorsque vous conduisez une voiture, insistez-vous pour que les enfants qui vous accompagnent bouclent leur ceinture de sécurité ou soient installés dans des sièges de bébé?** (Lire les réponses)

- 1 ○ **Toujours**
- 2 ○ **Presque toujours**
- 3 ○ **Parfois**
- 4 ○ **Rarement ou jamais**
- 5 ○ **Je ne conduis pas**
- 6 ○ **Il ne m'arrive pas de conduire avec des enfants dans la voiture**

56. **Au cours des trois dernières années avez-vous suivi des cours sur l'application des premiers soins?**

- 7 ○ Oui
- 8 ○ Non

57. **Savez-vous comment pratiquer la réanimation cardiorespiratoire, appelée parfois RCR?**

- 1 ○ Oui
- 2 ○ Non

58. **Quelle est votre opinion à l'égard de l'énoncé suivant? Il vaut la peine d'apprendre la RCR même si peu de personnes ont un jour à l'utiliser.**

- 3 ○ D'accord
- 4 ○ Pas d'accord
- 5 ○ Sans opinion

59. **Dans votre demeure, y a-t-il**

	Oui	Non
Un nécessaire de premiers soins?	1 ○	2 ○
Un détecteur de fumée?	3 ○	4 ○
Un extincteur?	5 ○	6 ○

60. A l'interviewer: Si le répondant est

- Une femme 7 ○ ——→ Passez à la Q. 61
- Un homme 8 ○ ——→ Passez à la Q. 66

Les questions suivantes concernent les pratiques de santé.

61. **Au cours des 12 derniers mois, avez-vous fait examiner vos seins par un médecin ou une infirmière?**

- 1 ○ Oui
- 2 ○ Non

62. **Est-ce qu'on vous a déjà montré comment faire l'auto-examen de vos seins?**

- 3 ○ Oui
- 4 ○ Non

63. **Combien de fois faites-vous l'auto-examen de vos seins? Diriez-vous...**

- 5 ○ **Au moins une fois par mois**
- 6 ○ **Tous les deux ou trois mois**
- 7 ○ **Moins souvent**
- 8 ○ **Jamais**

64. **À votre avis, selon quelle périodicité une femme devrait-elle faire l'auto-examen de ses seins?**

- 1 ○ Au moins une fois par mois
- 2 ○ Tous les deux ou trois mois
- 3 ○ Moins souvent
- 4 ○ Jamais
- 5 ○ Je l'ignore

65. **À quand remonte le dernier test PAP que vous avez subi pour le dépistage du cancer?**

- 1 ○ Au cours de la dernière année
- 2 ○ Au cours des 2 ou 3 dernières années
- 3 ○ Il y a plus de 3 ans
- 4 ○ Jamais
- 5 ○ Je l'ignore

Les questions suivantes concernent vos relations sociales.

66. Environ combien de personnes, y compris votre parenté, entrent dans votre cercle d'ami(e)s, c'est-à-dire dans le groupe des personnes que vous fréquentez régulièrement?

☐

67. Parmi les personnes que vous fréquentez à titre amical, combien fument la cigarette? (Lire les réponses)

1○ Aucune
2○ Quelques-unes
3○ Environ la moitié
4○ La plupart ou toutes
5○ Je l'ignore

68. Parmi ces personnes, combien, selon vous, boivent à l'excès? (Lirè les réponses)

1○ Aucune
2○ Quelques-unes
3○ Environ la moitié
4○ La plupart ou toutes
5○ Je l'ignore

69. Parmi les personnes qui forment votre cercle d'ami(e)s combien fument régulièrement de la marijuana? (Lire les réponses)

1○ Aucune
2○ Quelques-unes
3○ Environ la moitié
4○ La plupart ou toutes
5○ Je l'ignore

70. Parmi les personnes qui forment votre cercle d'amis, combien font de l'exercice régulièrement? (Lire les réponses)

1○ Aucune
2○ Quelques-unes
3○ Environ la moitié
4○ La plupart ou toutes
5○ Je l'ignore

71. Parmi votre entourage, combien estimez-vous avoir d'ami(e)s intimes, c'est-à-dire des personnes auxquelles vous pouvez vous adresser en cas de besoin d'aide ou de difficulté? (Lire les réponses)

1○ Aucune
2○ Quelques-unes
3○ Environ la moitié
4○ La plupart ou toutes
5○ Je l'ignore

72. Quel est votre état matrimonial actuel?

1○ Marié(e) (y compris l'union libre)
2○ Célibataire/jamais marié(e)
3○ Séparé(e)
4○ Divorcé(e)
5○ Veuf, veuve

} Passez à la Q 74

73. Parmi les éléments énumérés ci-dessous, lesquels s'appliquent à votre conjoint?

	Oui	Non
Fait de l'exercice régulièrement	01○	02○
Fume des cigarettes	03○	04○
Consomme trop d'alcool	05○	06○
Mange trop	07○	08○
Prend des tranquillisants tels que des valium	09○	10○
Fume de la marijuana	11○	12○

Les questions suivantes se rapportent à l'alimentation.

74. Au cours de la semaine dernière, combien de fois (nombre de jours) avez-vous mangé l'un ou l'autre des aliments suivants pour votre déjeuner (petit déjeuner)?

Rien, café ou thé seulement ☐
Oeufs, bacon, jambon ou autre viande ☐
Pain, pâtisserie, croissant, crêpe ou céréales ☐
Fruit ou jus de fruit ☐
Fromage, lait ou autres produits laitiers ☐

75. Croyez-vous que vous devriez limiter ou éviter certains aliments pour protéger votre santé?

1○ Oui 2○ Non ——→Passez à la Q 77

76. Parmi les genres d'aliments suivants, lequel, selon vous, est-il le plus important de limiter ou d'éviter pour protéger votre santé?

3○ Aliments élevés en cholestérol
4○ Aliments élevés en matière grasse
5○ Aliments élevés en sucre
6○ Aliments élevés en sel
7○ Je l'ignore

77. Y a-t-il des aliments que vous devriez selon vous, manger plus souvent pour protéger votre santé?

8○ Oui 9○ Non ——→Passez à la Q 79

78. Parmi les genres d'aliments suivants, lequel, selon vous, est-il le plus important de manger plus souvent pour protéger votre santé?

1○ Fruits et légumes
2○ Céréales à grain entier
3○ Lait et produits laitiers
4○ Viande, poisson, volaille
5○ Je l'ignore

78. Je vais maintenant vous lire une liste de sujets relatifs à la santé. J'aimerais savoir quelle importance selon vous l'État doit accorder à chacun de ces sujets. Veuillez vous servir d'une échelle allant de 1 à 10; 1 représentant un sujet pas du tout important et 10, un sujet extrêmement important.

	Pas du tout important 1	2	3	4	5	6	7	8	9	*Extrêmement important* 10	*Je l'ignore*
Consommation de drogues	01○	02○	03○	04○	05○	06○	07○	08○	09○	10○	11○
Consommation de tabac	12○	13○	14○	15○	16○	17○	18○	19○	20○	21○	22○
Problèmes reliés à l'alcool	23○	24○	25○	26○	27○	28○	29○	30○	31○	32○	33○
Hypertension	34○	35○	36○	37○	38○	39○	40○	41○	42○	43○	44○
Santé des enfants	45○	46○	47○	48○	49○	50○	51○	52○	53○	54○	55○
Habitudes alimentaires	56○	57○	58○	59○	60○	61○	62○	63○	64○	65○	66○
Santé mentale	67○	68○	69○	70○	71○	72○	73○	74○	75○	76○	77○
Prévention des accidents à la maison	78○	79○	80○	81○	82○	83○	84○	85○	86○	87○	88○
Prévention des accidents au travail	89○	90○	91○	92○	93○	94○	95○	96○	97○	98○	99○
Prévention des accidents de la route	100○	101○	102○	103○	104○	105○	106○	107○	108○	109○	110○

80. Quelle est votre opinion à l'égard des énoncés suivants?

	D'accord	Pas d'accord	Sans opinion
Suivre un régime équilibré est un processus long et coûteux	1○	2○	3○
J'aime mieux faire de l'embonpoint que devoir me priver de beaucoup des aliments que j'aime	4○	5○	6○
Ne pas prendre de petit déjeuner est un moyen efficace pour maintenir son poids ou pour maigrir	7○	8○	9○

81. Croyez-vous que vous pourriez améliorer votre santé en modifiant vos habitudes alimentaires?

1○ Oui

2○ Non

3○ Je l'ignore

Pour terminer, j'aimerais vous poser quelques questions au sujet de vous-même.

82. Quel est le plus haut niveau d'études que vous avez terminées?

1○ Aucune scolarité

2○ Études primaires

3○ Quelques années
4○ Complétées
} Études secondaires

5○ Quelques années
6○ Complétées
} Études dans un collège communautaire, une école technique, un CEGEP, une école de formation des infirmières

7○ Quelques années
8○ Complétées
} Études universitaires ou dans un collège de formation des maîtres

9○ Autres études ou formation

83. Quelle langue parlez-vous à la maison le plus souvent?

1○ Anglais

2○ Français

3○ Autre

84. Quel est le code postal de ce logement?

☐☐☐ ☐☐☐ 4○ Je l'ignore

85. Combien de téléphones, y compris les téléphones supplémentaires, y a-t-il dans votre logement?

1○ Un ——→ Passez à la Q. 90

2○ Deux ou plus

86. Tous les téléphones ont-ils le même numéro?

3○ Non

4○ Oui ——→ Passez à la Q. 90

87. Combien y a-t-il de numéros différents?

☐☐

88. Y a-t-il de ces numéros qui ne servent que pour les affaires?

5○ Non ——→ Passez à la Q. 90

6○ Oui

89. Combien y a-t-il de numéros réservés aux affaires?

☐☐

90. **Parmi les activités suivantes, quelle est celle qui décrit le mieux l'activité à laquelle vous vous êtes surtout consacré(e) au cours des douze derniers mois?**

[1]○ **Travail à un emploi ou à une entreprise** ——→ Passez à la Q. 92

[2]○ **Recherche d'un emploi** ——→ Passez à la Q. 91

[3]○ **Études**
[4]○ **Retraite**
[5]○ **Tenais maison**
[6]○ Autre (précisez) _____ } Passez à la Q. 96

91. **Avez-vous occupé un emploi à un moment quelconque au cours des douze derniers mois?**

[1]○ Oui [2]○ Non ——→ Passez à la Q. 96

92. **Pour qui travailliez/travaillez-vous?**

93. **Quel genre d'entreprise, d'industrie ou de service est/était-ce?**

94. **Quel genre de travail faisiez/faites-vous?**

95. **Combien de personnes travaillent pour cette société? Comptez les personnes de toutes les succursales de la société. Y en a-t-il...**

[3]○ **Plus de 100**
[4]○ **Entre 50 et 100**
[5]○ **Entre 10 et 49**
[6]○ **Moins de 10**
[7]○ **Je l'ignore**

96. **Durant les cinq dernières années, est-ce que vous avez été sans emploi pendant une année ou plus?**

[1]○ Oui [2]○ Non

97. À l'interviewer :

Si code 1 à la Q. 90 [3]○ ——→ Passez à la Q. 98

Autrement [4]○ ——→ Passez à la Q. 104

98. **Savez-vous s'il existe des programmes de sécurité ou de prévention des accidents dans votre lieu de travail?**

[5]○ Oui [6]○ Non [7]○ Je l'ignore

99. **Savez-vous s'il existe d'autres programmes visant à améliorer la santé et l'aptitude physique ou à favoriser une saine alimentation?**

[1]○ Oui [2]○ Non [3]○ Je l'ignore

100. **Au cours de la dernière année, avez-vous vu ou reçu des renseignements sur les sujets relatifs à la santé dans votre lieu de travail?** (p. ex. des affiches, des tableaux d'affichage, des dépliants, etc.)

[4]○ Oui [5]○ Non ——→ Passez à la Q. 102

101. **L'information fournie vous paraît-elle utile?**

[6]○ Oui [7]○ Non

102. **Est-il interdit de fumer dans votre lieu de travail...**

[1]○ **Partout**
[2]○ **Certains endroits**
[3]○ **Nulle part**
[4]○ **Je l'ignore**

103. **Pensez-vous que le lieu de travail est un endroit approprié pour promouvoir les bonnes habitudes de santé?**

[5]○ Oui
[6]○ Non
[7]○ Je l'ignore

104. **Pensez-vous que l'école est un endroit approprié pour promouvoir les bonnes habitudes de santé?**

[1]○ Oui
[2]○ Non
[3]○ Je l'ignore

105. **Quel était le revenu total (de toutes les sources) de votre ménage pour 1984 (avant les déductions d'impôt et autres déductions)?**

☐☐☐☐☐☐.00 [4]○ Je l'ignore

106. **Quelle est la chose la plus importante que vous avez faite au cours de la dernière année pour améliorer votre santé?**

[01]○ Rien ——→ Passez à la Q. 109

[02]○ J'ai fait plus d'exercice
[03]○ J'ai perdu du poids
[04]○ J'ai amélioré mes habitudes alimentaires
[05]○ J'ai cessé de fumer/j'ai réduit ma consommation de tabac
[06]○ J'ai réduit ma consommation de drogues ou de médicaments
[07]○ J'ai consommé moins d'alcool
[08]○ J'ai fait vérifier ma tension artérielle
[09]○ J'ai essayé de contrôler ma tension artérielle
[10]○ J'ai appris à maîtriser le stress
[11]○ J'ai réduit le niveau de stress
[12]○ J'ai reçu des traitements médicaux
[13]○ Autre (précisez) _____

107. **Outre le fait de vouloir améliorer votre santé, y a-t-il une autre raison qui vous a incité(e) à le faire?**

[1]○ Oui

[2]○ Non ——→Passez à la Q. 109

108. **Quelle était cette autre raison?**

[ ]

[ ]

[ ]

[ ]

109. **Compte tenu des sujets que nous avons abordés dans le présent questionnaire, y a-t-il d'autre chose que vous avez l'intention de faire pour améliorer votre santé au cours de la prochaine année?** (Cochez toutes les réponses qui s'appliquent)

[01]○ Rien

[02]○ Faire plus d'exercice

[03]○ Perdre du poids

[04]○ Améliorer mes habitudes alimentaires

[05]○ Cesser de fumer/réduire ma consommation de tabac

[06]○ Réduire ma consommation de drogues ou de médicaments

[07]○ Consommer moins d'alcool

[08]○ Faire vérifier ma tension artérielle

[09]○ Essayer de contrôler ma tension artérielle

[10]○ Apprendre à maîtriser le stress

[11]○ Réduire le niveau de stress

[12]○ Recevoir des traitements médicaux

[13]○ Autre (précisez) _____

COMMENTAIRES:

C

Composition de l'équipe qui a mené l'enquête et du comité consultatif

Comité consultatif national

Lavada Pinder
Richard Beasley
Elaine Berthelet
Madeleine Blanchet
Michel Cimon
Trevor Hancock
Pat Hutcheon
Richard Jessor
Pierre Lamarche
John Last
John Read
Ron Schlegel
Sylvain Tremblay

Analyse des données

Prem Khosla
Nilima Michaud
John Hancock

Comité technique

Irving Rootman (directeur du projet)
Reg Warren (administrateur du projet)
Thomas Stephens (réviseur technique)
Larry Peters (réviseur technique)
Gary Catlin
Bill Bradley
Rod Riley
Claude Strohmenger

Conception du questionnaire

Groupe de collecte de renseignements fédéraux, Statistique Canada
Groupe des enquêtes spéciales, Statistique Canada
Direction de la promotion de la santé, Santé nationale et Bien-être social Canada

Conception de l'enquête / saisie des données

Groupe des enquêtes spéciales, Statistique Canada

Production du rapport

Direction des communications, Santé nationale et Bien-être social, Canada
Secrétariat d'État du Canada (services de traduction)
Division des ressources des programmes, Direction de la promotion de la santé, Santé nationale et Bien-être social Canada
J. Phillip Nicholson Policy and Management Consultants Inc. (conception et production du rapport)